



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

RANALICE VITAL DA SILVA

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

JOÃO PESSOA/PB

2020

RANALICE VITAL DA SILVA

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti

João Pessoa - PB
2020

S586c Silva, Ranalice Vital da.

Cuidados Paliativos em Oncologia / Ranalice Vital da
Silva. - João Pessoa, 2020.

79 f. : il.

Orientação: Patrícia Barreto Cavalcanti.

Monografia (Graduação) - UFPB/CCHLA.

1. Cuidados Paliativos, Oncologia, Sus. I. Barreto
Cavalcanti, Patrícia. II. Título.

UFPB/CCHLA

RANALICE VITAL DA SILVA

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Marcia Emília Rodrigues Neves
Banca Examinadora

Prof.^a MsCarla Mousinho Ferreira Lucena
Banca Examinadora

João Pessoa - PB
2020

DEDICATÓRIA

Para aqueles que são mais que pacientes e usuários sofrendo com uma doença que pode ceifar suas vidas. São pessoas de direitos, que merecem serem cuidadas, para além de apenas curadas, e que aspiram ao prazer de acordar sem sentir dor. Para eles dedico este trabalho na esperança de que a busca pela cura (sem preocupar - se com o cuidar) não nos deixe surdos frente às necessidades dos pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus e a Virgem das Graças por terem me amparado em momentos que cogitei desistir e que duvidei de mim me mantendo no caminho certo, para a realização do sonho de me formar em um curso superior, numa instituição federal de ensino, pois para Deus nada é impossível.

Aos meus pais Rute Grangeiro da Silva e José Vital Santana que, mesmo eu estando convencida em minha imaturidade de adolescência, que tinham a intenção de tolher minhas escolhas, apenas se esforçaram ao máximo para que eu tivesse um futuro melhor longe das dificuldades que o mundo impõe.

A minha tia Daviana, que sempre me lembra que os laços biológicos não são maiores que o amor construído dia-a-dia e que é minha inspiração como mulher forte e que luta por seus objetivos.

A minha avó Ana, que mesmo sem nunca ter conseguido estudar, compreende a importância dos estudos na vida de alguém e que sempre me incentivou e amparou em minhas necessidades para que eu nunca desistisse.

Aos amigos que a graduação me proporcionou e que se tornaram minha família sempre dando força uns aos outros, esse trabalho também é para vocês, Ednalva Pereira dos Santos Mendes, Katyanne da Silva, Leonardo Firmino de Lima e Maysa Félix.

As Assistentes Sociais que me acompanharam em meu estágio no Hospital Napoleão Laureano, em especial Claudenizia Pereira e Niedja Lúcia, obrigada por terem me apresentado a profissão na prática e por me mostrarem essa temática tão relevante que são os Cuidados Paliativos.

Agradeço em especial a minha Orientadora Patrícia Cavalcanti, que segurou na minha mão e acreditou em mim, por todo o empenho e dedicação a mim investidos e por me acalmar quando eu estava em pânico. Não conseguiria sem você!

Aos meus Irmãos, em especial ao meu irmãozinho mais novo Joab, quando ele aprender a ler vai saber que seu nascimento me deu um sopro de energia pra conseguir concluir essa fase de minha vida.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente fazem parte da realização desse sonho me auxiliando na conclusão do meu TCC. O que sou devo a vocês!

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral fazer uma reflexão sobre a assistência pública de cuidados paliativos aos portadores de câncer em fase de terminalidade e como objetivos específicos discutir historicamente o posicionamento do Estado brasileiro institucionalmente frente à demanda oncológica; identificar a rede pública de cuidados paliativos voltada para o portador de câncer no Brasil e discutir as modalidades de cuidados paliativos dispostos ao portador de câncer em fase de terminalidade. A metodologia utilizada constou da pesquisa bibliográfica do tipo narrativa, bem como pesquisa documental, através da qual arrolamos documentos legais relacionados ao binômio oncologia e cuidados paliativos. A principal constatação foi a de que existem muitos obstáculos de ordem cultural e estrutural dentro do Sistema Único de Saúde no sentido de criar uma rede de atendimento em cuidados paliativos voltada ao usuário com câncer.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Oncologia; SUS.

ABSTRACT

The present work has as its general objective to reflect on public assistance for palliative care to terminally ill cancer patients and as specific objectives to discuss historically how the Brazilian State has positioned itself institutionally in face of the oncological demand; to identify the public network of palliative care aimed at people with cancer in Brazil and discuss the modalities of palliative care available to people with terminal cancer. The methodology used consisted of bibliographic research of the narrative type, as well as documentary research, through which we list legal documents related to the binomial oncology and palliative care. The main finding was that there are many cultural and structural obstacles within the Single Health System in the sense of creating a network of care in palliative care aimed at users with cancer.

Key-words: Palliative care; Oncology; SUS.

LISTA DE SIGLAS

ANCP- Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
APAC- Autorização de Procedimento de Alta Complexidade.
CANCON- Centros de Alta Complexidade em Oncologia.
CC- Centro de Cancerologia.
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
CFM- Conselho Federal de Medicina.
CGU- Controladoria Geral da União.
CNCC- Campanhas Nacionais Contra o Câncer.
CNS- Conferência Nacional em Saúde.
CP- Cuidados Paliativos.
DNA- Ácido Desoxirribonucleico.
DNC- Divisão Nacional do Câncer.
DNDGD- Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas.
DNISP- Departamento Nacional de Saúde Pública.
EXPANDE- Expansão da Assistência Oncologia.
FHC- Fernando Henrique Cardoso.
GM- Gabinete do Ministro/MS.
GTH-Grupos de Trabalho de Humanização.
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
INCA- Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva.
MEC- Ministério da Educação.
MS- Ministério da Saúde.
NOB- Norma Operacional Básica.
OMS- Organização Mundial de Saúde.
OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde.
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PCC- Programa de Controle do Câncer.
PEC- Proposta de Emenda Constitucional.
PNAO- Política Nacional de Atenção Oncológica.
PNS- Plano Nacional de Saúde.
PRO-ONCO- Programa de Oncologia.

PSF- Programa de Saúde da Família.
RAO- Rede de Atenção Oncológica.
RAS- Rede de Atenção a Saúde.
SAI-SUS- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.
SAS -Secretaria de Assistência à Saúde/MS.
SBOC- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.
SIM- Sistema de Informações Sobre Mortalidade.
SNC- Serviço Nacional do Câncer.
SUDS- Sistema Único e Descentralizado de Saúde.
SUS- Sistema Único de Saúde.
TCU- Tribunal de Contas da União.
UBS- Unidade Básica de Saúde.
UNACON- Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.
UTI- Unidade de Terapia Intensiva.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Estratégias e Normativas da Assistência Oncológica-----	45
Figura 02 – Principais Normativos-----	45
Figura 03 – Hospitais Habilitados em Oncologia no Sus-----	49
Figura 04 – Mapa de localização de Cuidados Paliativos no Brasil-----	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Protocolos Clínicos/Diretrizes Terapêuticas e Diagnosticas de Atendimento Oncológico-----	46
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Tempo Entre Diagnóstico e Início do Tratamento-----50

Gráfico 02 – Serviços habilitados por região----- 68

Gráfico 03 – Serviços habilitados por Estado----- 69

LISTA DE TABELAS

Tabela 01-- Mapeamento dos serviços de CP no Brasil - ANCP 2018 -----65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I – ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA NO BRASIL

1.1- História da Assistência Pública em Oncologia no Brasil: o câncer como problema de Saúde Pública----- 21

1.2- A Produção do Cuidado Oncológico Face à Regressão do SUS Legal---- 34

CAPÍTULO II – ASSISTÊNCIA PÚBLICA DE ALTA COMPLEXIDADE, Câncer e Cuidados Paliativos

2.1- Panorama da Rede SUS Face ao Tratamento do Câncer e Cuidados Paliativos----- 48

2.2- Câncer e Cuidados Paliativos: um desafio para o

SUS----- 57

CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- 73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE

1- INTRODUÇÃO

A morte é um conceito que ainda nos dias de hoje assusta, pois se criou um "*monstro*" em torno da finitude do ser. No entanto, sabemos que a morte é uma fase de nossas vidas que todos iremos passar, é algo que não podemos evitar e que todos iremos encontrar. A perspectiva da perda de um ente querido e a falta de possibilidade de uma possível cura de alguém que nos é importante abala todo o núcleo familiar e para além, mexe com os ânimos da equipe de profissionais que acompanha o paciente\usuário e também de sua família. Neste momento, há uma necessidade de se ter um olhar diferenciado enquanto profissional que está sujeito a lidar com constância com a possibilidade de morte de um indivíduo.

O Assistente Social, enquanto um profissional da área da saúde, está sujeito a receber demandas que podem surgir nessa fase da vida dentro desse processo de adoecimento e morte. Neste sentido, intenciona-se elucidar o conceito de cuidados paliativos, sendo este de extrema importância no tratamento do paciente\usuário que tem a perspectiva de vida diminuída por alguma doença, sendo os cuidados paliativos princípios norteadores de uma atuação, pois é uma medida dos cuidados em saúde que visa garantir um tipo de assistência diferenciada, sem excluir ou deixar o paciente segregado, o tratando enquanto um paciente\usuário "fora de possibilidade terapêutica e de cura", mas pelo contrário, mostrando que ele não é menos importante porque encontra-se perto de sua finitude, e que a morte é algo normal pela qual todos iremos passar e para além, de como o Assistente Social realiza e faz uso dos conceitos de cuidados paliativos.

O Serviço Social é uma profissão vital dentro desta caminhada, tendo em vista a resolução das demandas que são apresentadas nesse processo e que são de sua atribuição e competência.

Como dito, cuidados paliativos é um conceito que é considerado novo para os profissionais de saúde em geral e que vem ganhando espaço no Brasil, isso se dá graças à maneira como passamos a enxergar a morte. A morte é algo que causa imenso pavor e que mexe com o emocional tanto do paciente\usuário, ao ter que enfrentar a terminalidade e a finitude de sua vida, quanto para família que tem que lidar com a dor da perda antes mesmo

morte vir a chegar, dado o diagnóstico de uma doença que não tem cura e que o tratamento nem sempre surte efeitos, apesar dos diversos avanços ao que diz respeito as técnicas medicamentosas para o tratamento, como o câncer.

A idealização deste trabalho deu-se mediante as observações feitas nos períodos de Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II no Hospital Napoleão Laureano, através dos quais, percebeu-se a necessidade de se atentar para a questão da rede de atendimento, particularmente voltada aqueles pacientes\usuários que já se encontram em fase de terminalidade, portanto necessitando de cuidados paliativos.

O Hospital Napoleão Laureano é considerado um hospital de referência frente à necessidade do tratamento oncológico. Foi idealizado pelo médico de mesmo nome, Napoleão Rodrigues Laureano, que via a necessidade de se tomar medidas para enfrentar essa problemática e que também conhecia na pele o que era ter que enfrentar uma doença como o câncer, que não perdoa e que destrói não só o paciente\usuário acometido pela doença como também os seus familiares e todo o núcleo ao qual está inserido.

O Serviço Social é visto como peça importante da equipe que compõe o quadro de funcionários do hospital e, responde às demandas que surgem com frequência por todo o percurso dos pacientes\usuários que são acompanhados pelo hospital desde o diagnóstico e tratamento até a possibilidade de morte do paciente\usuário.

Neste sentido, dado o coeficiente de pessoas que são acometidas pelo câncer no Brasil (um número que segundo o INCA aproxima-se de 600 mil novos casos no ano de 2018-2019), e do número de pacientes com neoplasias que encontram-se dentro da possibilidade de morte e, mesmo os que ainda não se encontram, mas que lutam para que haja a mudança do diagnóstico, há uma necessidade de se aprofundar neste universo.

Os cuidados paliativos segundo dados da (OMS, 2002) Organização Mundial de Saúde são:

[...] uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossociologia e espiritual (OMS, 2002).

Para a OMS, os Cuidados Partitivos são de extrema necessidade e importância, pois de fato trata-se muito mais do que apenas um cuidado para com um paciente que está prestes a morrer. É uma forma humanitária de atuação da equipe multiprofissional para com os pacientes\usuários, visando o total apoio desde o diagnóstico, com práticas que busquem diminuir a dor da pessoa que se encontra acometida de alguma doença que afete a sua longevidade, sejam estas dores físicas, psíquicas ou até espirituais. Vemos no conceito de cuidados paliativos o uso em massa do conceito de alteridade, a ideia de se por no lugar do outro, de agir humanamente sem distinção ou julgamentos na tentativa de diminuir a dor e o sofrimento do outro.

Para além de tais aspectos e considerando o fato de que o Assistente Social tem um papel de fundamental importância dentro de uma instituição como o Hospital Laureano, que lida constantemente com a morte, surgiu a necessidade de se debruçar sobre a dificuldade de acesso à assistência pública de cuidados paliativos aos portadores de câncer em fase de terminalidade.

Assim, a relevância deste trabalho é tanto acadêmica quanto social, já que ele visa contribuir para o debate teórico que ainda se mostra incipiente, bem como dar visibilidade às dificuldades de acesso dos usuários oncológicos a cuidados paliativos.

Com isso, este trabalho tem como objetivo geral, refletir sobre a assistência pública de cuidados paliativos aos portadores de câncer em fase de terminalidade e como objetivos específicos discutir historicamente como o Estado brasileiro se posicionou institucionalmente frente à demanda oncológica; identificar a rede pública de cuidados paliativos voltada para o portador de câncer no Brasil e discutir as modalidades de cuidados paliativos dispostos ao portador de câncer em fase de terminalidade.

A questão que norteou o estudo foi: Quais as alternativas de acesso à assistência à saúde, na rede SUS, para o usuário com câncer em fase de terminalidade?

A metodologia adotada se ancorou na revisão de literatura do tipo narrativa aliado à pesquisa bibliográfica, através de busca e leitura de material teórico relacionado aos temas trabalhados.

Revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos. (Biblioteca Paulo de Carvalho Mattos; 2015; S/D)

Já em relação particular à revisão narrativa, é relevante sinalizar que a mesma:

Não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos. (Biblioteca Paulo de Carvalho Mattos; 2015; S/D)

Assim, após selecionarmos o material bibliográfico passamos a construir a reflexão teórica que está disposta nos capítulos deste trabalho, a saber: no capítulo I, em seu primeiro tópico, dispõe-se da historicidade das políticas de saúde voltadas ao câncer enquanto uma doença ameaçadora da vida, que deveria ser vista como uma questão de saúde pública e não apenas fazer parte da agenda das políticas de saúde, descrevendo década a década, a partir de 1910, as ações estatais voltadas à assistência pública com foco no diagnóstico e tratamento do câncer, especificando as iniciativas tomadas dentro de cada governo frente a essa problemática até chegar a criação da Política Nacional de Combate ao Câncer no ano de 2005. No segundo tópico, destacar-se-á o percurso feito pelo Sistema Único de Saúde(SUS) após a constituição de 1988, a funcionalidade desse sistema dentro dos governos Neoliberais e Petistas e como a saúde neste período – em especial as políticas de atenção oncológica – se mostraram dentro de um contexto de desestruturação do SUS.

O capítulo II tem por objetivo em seu primeiro tópico, trazer um panorama da rede SUS face ao tratamento do câncer e aos cuidados paliativos

pontuando a incipiência do sistema de saúde frente à alta demanda por tratamento oncológico, ressaltando a necessidade de um diagnóstico rápido e de como pode ser devastador a demora em se saber que está acometido por uma doença ameaçadora da vida como o câncer. O segundo tópico do capítulo 2 evidencia a realidade dos cuidados paliativos frente à falta de políticas públicas de saúde voltadas a essa abordagem no Brasil. Um retrato histórico de como se efetivaram os cuidados paliativos é realizado, trazendo como a metodologia e o conceito dos cuidados paliativos é recente no Brasil, mostrando ainda, como eles ainda não se efetivaram no país e, para além, se intenta mostrar o cenário das unidades de saúde habilitadas em cuidados paliativos em números.

Por fim, seguem-se as considerações finais.

CAPÍTULO I – ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA NO BRASIL

1.1- História da Assistência Pública em Oncologia no Brasil: o câncer como problema de Saúde Pública

A incidência do Câncer, assim como outras doenças crônicas, vem aumentando exacerbadamente em nossa sociedade. Desde meados do século XX a medicina e a terapêutica vêm melhorando com os avanços tecnológicos, fazendo com que boa parte dos pacientes\usuários acometidos por doenças antes consideradas sem possibilidade de cura e/ou tratamento pudessem ter outra perspectiva. Entretanto, é consenso que ainda há muito o que se evoluir em relação ao tratamento de pacientes com câncer e outras doenças que afetam a qualidade de vida de muitas pessoas nos dias atuais.

Deste modo, faz-se necessário compreender o caminho trilhado pela assistência pública de combate ao câncer para que possamos entender o câncer em seu aspecto atual enquanto um problema de saúde pública e como o estado se coloca dentro da cronologia de construção de políticas públicas voltadas a uma atenção básica de combate ao câncer no Brasil.

O câncer enquanto uma doença ameaçadora da vida tem seus efeitos conhecidos por muitos e, não é de hoje que esta afeta a vida das pessoas. No Brasil do século XX o câncer era uma enfermidade ainda pouco conhecida em relação aos dias atuais, seus aspectos epidemiológicos eram conhecidos de forma mínima, vista enquanto uma doença de baixíssima incidência, porém contagiosa e que parecia buscar dentre os ricos as pessoas as quais iria afetar. Tal fato ocorria, tendo em vista que as doenças com maior frequência podiam ser observadas e que acometiam grande parte da população eram as infectocontagiosas, associadas em sua maioria a falta de higienização e cuidados, e que eram encontradas junto a camada mais pobre da sociedade, mais propensos a contrair as enfermidades presentes na época.

Por ser uma doença de baixa incidência não se dava a devida atenção aos malefícios do câncer e visto enquanto contagiosa, as ações observadas envolviam exilar os que encontravam-se acometidos pela doença e realizar apenas o trabalho de desinfecção de suas residências.

Cabe destacar que o câncer não era uma mazela encontrada apenas no Brasil e no âmbito internacional medidas foram realizadas na tentativa de se enfrentar a doença. Na Europa e nos Estados Unidos, por exemplo, ações foram realizadas no que compete à busca pelo controle do câncer com a utilização de práticas terapêuticas como a da radioterapia, utilizada como um meio para reduzir alguns tumores que não poderiam passar por cirurgias. A partir disso, o fato é que o câncer começou a causar uma inquietação global e maior precaução, dado os níveis de mortalidade ocasionadas pela mesma.

A efervescência internacional, em meados do século XX, da busca por meios que intensificassem o controle do câncer acabaram por influenciar também o Brasil a rever seus métodos de atenção oncológicos. A partir do ano de 1910 passou-se a dar maior importância a necessidade de se encontrar meios eficazes de controlar a doença, no entanto o câncer ainda não era visto enquanto um problema de saúde pública e as ações observadas na época eram pontuais e envolviam práticas sanitaristas, medicina curativa e filantropia.

Ainda no século XX, no ano de 1919, apesar do câncer ser visto até então como uma preocupação de âmbito internacional e de pouca incidência no Brasil, com a reforma sanitária foi criado no governo do então presidente Epitácio Pessoa o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), responsável por dar uma atenção maior às novas doenças que se faziam presentes no Brasil daquela época, ficando a cargo da saúde pública executar as medidas principais no que competia ao enfrentamento a essas doenças. Deste modo, “o câncer como doença passível de prevenção e mal possivelmente contagioso, passaria a ser foco dessa renovada saúde pública” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, Apud SILVA, 2013).

Com o avanço das pesquisas envolvendo a dermatologia e de preocupações envolvendo doenças como a sífilis, ainda no ano de 1910 deu-se no Brasil uma maior visibilidade a radioterapia enquanto prática terapêutica. Um personagem importante da historiografia da assistência pública ao câncer foi o médico dermatologista Eduardo Rabello, que no ano de 1914, após uma viagem a Paris viu na radioterapia uma forma de tratamento do câncer e no ano de 1919 com o apoio do Dr Fernando Terra, fundou o Instituto de Radiologia da Faculdade do Rio de Janeiro. Instalava-se, pela primeira vez no Brasil um serviço público totalmente direcionado ao atendimento de acometidos

por câncer (COSTA JUNIOR, 1921, APUD TEIXEIRA, 2010).

Deste modo, as intervenções que se tem conhecimento, em meados do século XX, na tentativa de efetivar serviços direcionados ao tratamento de pessoas acometidas de câncer e para além da formação de pessoas capacitadas a realizar os tratamentos radioterápicos eram advindas dos dermatologistas em principal, com o intuito de tratar os cânceres de pele visando diminuir seu teor agressivo. No entanto, o interesse observado por parte dos dermatologistas no câncer não se manteve e as atividades realizadas se prenderam apenas à radioterapia, fazendo com que outras atividades essenciais deixassem de ser estudadas e realizadas como as cirurgias.

A partir do momento em que o câncer foi inserido dentro da agenda higienista da época e passou a ser visto pelo Estado enquanto uma doença que precisava de mecanismos de controle advindos da saúde pública, ações mais pontuais puderam ser efetivadas no âmbito do tratamento e da informatização sobre a doença, como métodos de prevenção, informações sobre o tratamento adequado para doença na época, bem como formas de higienização e cuidados. Essas informações que passaram a ser propagadas pelo Estado dentro das Campanhas de Combate ao Câncer serviram também de alerta para as pessoas que se encontravam acometidas por essa enfermidade frente a falsos especialistas na área farmacológica que afirmavam possuir a cura do câncer e utilizavam do desespero e necessidade das pessoas para obterem lucros financeiros.

O câncer estaria assim iniciando sua trajetória na incorporação da agenda higienista como um incômodo visível e que deveria ser enfrentado através da iniciativa do campo médico-científico, o que resultaria em ações concretas do governo daí por diante (CARVALHO, 2006, p. 40 Apud SILVA, 2013, p. 35).

No ano de 1920 com a prerrogativa de encontrar tratamentos medicamentosos e que pudessem ser oferecidos de forma gratuita e para além de realizar pesquisas afim de se aprofundar e conhecer mais a respeito da doença foi criado o Instituto do Câncer. Assim sendo, em 1921, o médico Eduardo Rabello, em parceria com o diretor de saúde pública e médico sanitário Carlos Chagas, sugeriu que se criasse uma parceria público/privada para que fossem realizadas atividades voltadas ao controle do câncer. Isso

posto, anunciou a criação de um hospital no Rio de Janeiro que pudesse atender as demanda de pacientes/usuários acometidos de câncer em parceria com a fundação Oswaldo Cruz. Infelizmente a ideia não se manteve dada a falta de apoio governamental ao financiador do projeto que teve que se desligar do mesmo.

No contexto estrutural do DNSP as ações voltadas ao combate ao câncer ficaram a cargo da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas que tinha seu polo de atuação restrito ao Distrito Federal e por função formular estatísticas sobre as mortes dadas ao câncer da forma mais adequada possível, objetivando a obtenção de dados claros dos níveis de mortes incidentes da doença.

Embora os esforços realizados afim de se dar visibilidade ao câncer enquanto questão de saúde pública, o trabalho da inspetoria foi deveras limitado e, deste modo, não obteve resultados satisfatórios, atuando de forma ineficiente. Mesmo assim, apesar desta atuação, como posta, a inspetoria acabou por influenciar algumas iniciativas que dessem visibilidade à enfermidade e para além era responsável por, juntamente com a filantropia, fundar institutos de câncer visando obter conhecimentos terapêuticos e experimentais, ou seja, conhecer os níveis de incidência e a possível evolução e transmissão, na luta contra a doença. Seguindo essa prerrogativa, em 1922 foi criado em Minas Gerais o Instituto de Radium de Belo Horizonte associada a faculdade de medicina do estado mineiro. Outra Instituição com o mesmo perfil o Instituto Dr Arnaldo se mantinha por meio da filantropia.

No início da década de 1930 não se pode observar nenhuma ação estatal voltada a, de fato buscar mecanismos de luta contra o câncer e estas só vieram ser visualizadas posteriormente na década de 1940. No entanto, houve uma pequena evolução, no que compete à atenção governamental as políticas públicas de educação e saúde no governo de Getúlio Vargas, por parte do Ministério de Educação e Saúde Pública.

Em 1934 com a Constituição Federal pode se observar algumas mudanças nas ações do estado na saúde pública de atenção oncológica, por meio do artº 10 da mesma que instituiu, [...]” a União e os estados federados como os responsáveis pela saúde e assistência pública” [...] (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; CARVALHO, 2006 apud SILVA, 2013, p.37). Também no ano

de 1934 na cidade de São Paulo e no Rio de Janeiro, a Liga Paulista de Combate ao Câncer, pelo médico Antonio Prudente, e a Liga Brasileira contra o câncer por Ugo Pinheiro Guimarães, respectivamente.

Posteriormente, no ano de 1936, o ginecologista Aristides Maltez fundou a Liga Baiana contra o câncer. O papel das ligas eram fundamentais na luta contra o câncer visto sua finalidade de obter o financiamento necessário para a criação de centros de diagnósticos e tratamento para as neoplasias. Usando de mecanismos que alcançassem uma determinada parcela da população e assim angariar fundos, atividades voltadas a conscientizar sobre as medidas preventivas da doença para os menos conhecedores das características epidemiológicas, como campanhas educativas, foram efetivadas.

Em Janeiro de 1937, através da lei de número 738, foi instaurada a Reforma Capanema, pela qual o estado intervia em processos de desenvolvimento industrial. Em seu art. 58 ficou estabelecido a criação de um Serviço de Saúde Pública no Distrito Federal e com ele um Centro de Cancerologia (CC) atendendo as demandas evidentes a nível nacional, e base pra a criação do Serviço Nacional de Controle do Câncer, entretanto, no ano de 1939 o CC foi remanejado para o Rio de Janeiro fazendo com que esse trabalho estagnasse e houvesse mais um retrocesso. Ainda em 1939 o médico Mário Kröeff e então diretor do CC, fundou a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos, sendo dever da associação acolher os pacientes que encontravam-se sem meios de dar continuidade ao tratamento por falta de recurso que fossem considerados em cuidados paliativos e, deste modo, contribuir para com as atividades estatais voltadas à luta contra o câncer.

Em 1940 os estudiosos que compunham o Centro de Cancerologia uniram-se para dar início a um novo projeto, o da fundação de um Instituto Nacional de Cancerologia. Em 1941, com a instituição do decreto de nº 3.643, criou-se o Serviço Nacional do Câncer (SNC) encabeçado pelo Dr Mario Kröeff. O (SNC). A princípio, deveria se voltar aos estudos epidemiológicos, visando auxiliar as pesquisas geográficas dos níveis da doença, tendo como inteira responsabilidade o dever de orientar e controlar as Campanhas Nacionais Contra o Câncer (CNCC). Por meio do Serviço Nacional do Câncer, a doença foi inserida efetivamente na pauta de discussões da saúde pública e em 1942 o SNC passou por um momento de precarização, que só viria mudar

posteriormente com a deposição do então presidente Getulio Vargas, tendo em vista que o presidente interino deu total apoio por meio do Decreto-Lei nº 8.824, que propiciou condições especiais de instalação do Serviço Nacional do Câncer.

Em 1945, com a deposição de Getúlio Vargas, a situação do SNC modificou-se. Pois o governo do presidente interino, José Linhares, propiciou, em 1946, através do Decreto-Lei nº 8.824, condições para aquisição definitiva do terreno da Praça Cruz Vermelha (Rio de Janeiro), onde seria instalada a sede do Instituto Nacional de Câncer (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; CARVALHO, 2006, P.8).

Ainda no ano de 1942 algumas instituições se vincularam ao SNC somando às CNCC, instituições essas filantrópicas e que eram financiadas pelos governos estaduais, como a Sociedade de Combate ao Câncer do Rio Grande do Sul, a Associação Paulista de Combate ao Câncer, a Liga Baiana de Combate ao Câncer e o Instituto de Radium de Belo Horizonte, esses últimos já em 1944, todos eles passaram a receber, a partir da vinculação com o Serviço Nacional do Câncer, apoio técnico do mesmo e apoio financeiro do Ministério de Educação e Saúde.

No período de 1944-1945 o SNC, por meio do decreto de nº 15.971, teve sua atuação regulamentada por meio de um regimento e, deste modo, foi reorganizado e dividido em três seções independentes: uma com uma função administrativa e outras duas responsáveis por exercer atividades afins sendo estas, o Instituto do Câncer, que seguiu exercendo suas funções no que compete às ações para com pacientes paliativos e as suas atribuições médicas e curativas, e a seção de Organização e Controle que ficou responsável por executar as políticas de atenção oncológicas, enviando recursos a fim de dar continuidade às campanhas a nível nacional contra o câncer.

Já em 1946 as vinculações ao Serviço Nacional do Câncer continuaram e outras quatro instituições passaram a compor as campanhas nacionais contra o câncer, ao passo que na década de 1950 totalizava um número de 16 instituições somando nesta luta e as campanhas que eram realizadas passaram a ser efetivadas no mês de abril, anualmente, que ficou conhecido como o mês do câncer.

Foi também na década de 1950 que o Serviço Nacional do Câncer

juntamente com o Instituto do Câncer tiveram suas ações consolidadas a partir da intensificação dos ideais desenvolvimentistas que fizeram com que o Estado olhasse mais efetivamente para esses serviços nacionais da luta contra o câncer. Porém, esse apoio estatal não avançou e essa atuação dos serviços de saúde pública de atenção oncológica estagnaram e apenas se mantiveram dentro do que já existia no segundo mandato de Getúlio Vargas na presidência. No segundo governo Vargas (1951-1954), a ação da saúde pública foi limitada à continuidade das atividades e arranjos institucionais forjados no Estado Novo (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Vale ressaltar que na década 1950 no estado da Paraíba na cidade de João Pessoa o médico e então vereador Napoleão Laureano, estando acometido por um câncer linfático em estágio avançado e, tratando-se no Instituto de Câncer, encabeçou uma campanha para a criação de um hospital que tivesse como sede a Paraíba. A mobilização do médico trouxe visibilidade à causa e repercutiu grandemente na imprensa e após a realização de um debate com a participação do Ministro da Educação e Saúde Kröeff e vários outros nomes da medicina, vinculados ao Instituto do câncer e até mesmo o próprio Getúlio Vargas que, visando obter boas vistas ao seu novo mandato, encontrou-se com Laureano e ofereceu seu auxílio, propondo-lhe a consulta com um especialista norte-americano, a fim de lhe conceder um novo diagnóstico para a sua doença. Houve uma mobilização generalizada em prol da criação do Hospital para que auxiliasse cada vez mais no tratamento dos cancerosos. Todo esse movimento incitado por Laureano favoreceu grandemente as CNCC e o Instituto do Câncer. (TEIXEIRA, FONSECA, 2007).

Cabe destacar que anualmente o teto orçamentário do Serviço Nacional do câncer girava em torno de 2 milhões e após as falas do Médico Napoleão Laureano e de toda a repercussão e visibilidade dada à luta contra o câncer esse valor teve alterações e inspirado por tudo isso no ano de 1951, em uma conferência realizada com o fim de debater sobre o câncer, a Comissão de Saúde do Congresso Nacional preconizou a criação de um projeto de lei conferindo ao CNCC um crédito no valor de 100 milhões de cruzeiros, um cálculo vantajoso considerando os valores recebidos pelo SNC, como posto acima.

O período predecessor ao golpe de 1964 foi marcado por acontecimentos

importantes no que diz respeito à política de controle do câncer sob a luz da saúde pública. No ano de 1953, apesar de não significar um avanço significativo no âmbito da saúde, foi criado o Ministério da Saúde, que trazia uma nova roupagem para a saúde posta na época, uma saúde posta em moldes equitativos relacionados ao nível de desenvolvimento econômico da população, ou seja, o chamado sanitarismo desenvolvimentista, trabalhava a ideia de que a saúde deveria ser viabilizada conforme o nível econômico de cada indivíduo.

O Instituto Nacional do Câncer teve seu processo de desenvolvimento ampliado nos anos em que Juscelino Kubitschek governou o país (1955-1960), além da efetivação das ações governamentais em saúde criadas em seu governo. No entanto, o câncer enquanto uma doença que necessitava de atenção ainda não era um destaque comparada a doenças venéreas como a malária, a febre amarela e tantas outras que assolavam as áreas rurais no país que, constantemente, eram alvo de práticas para seu controle por serem consideradas um impedimento ao desenvolvimento econômico do Brasil.

Deste modo, o então presidente investiu nos serviços de saúde dado ao fato que as doenças que assolavam o país neste período eram vistas enquanto um impedimento ao desenvolvimento do Brasil. Sendo assim, fez-se necessário implementar medidas que fossem de encontro a essa problemática.

No campo da saúde, investiu-se no controle das chamadas doenças de massas, que propunha pôr o Estado a serviço da superação dos entraves para o desenvolvimento do Brasil por meio de uma ação planejadora que superasse questões relativas à pobreza e à saúde. Nesse governo, foram destinados maiores recursos ao SNC, possibilitando a ampliação das verbas destinadas às instituições privadas filantrópicas ou dos estados que se vinculavam ao Serviço, e inaugurou-se a sede própria do Instituto Nacional de Câncer, em 1957 (TEIXEIRA; FONSECA, 2007; IANNI, 1996, P. 10).

A partir da fundação de um novo espaço para sediar o Instituto Nacional do Câncer pôde-se observar uma maior preocupação com a doença, apesar das novas iniciativas serem deveras insuficientes, dada a necessidade de tratamento contido na época das pessoas acometidas pela doença. O presidente Juscelino Kubitschek ampliou o capital enviado ao SNC, o que facilitou o aumento das verbas que posteriormente seriam enviadas às

instituições conveniadas aos Serviço, fossem elas de base privada, filantrópica ou do Estado, evidenciando um maior investimento na medicina hospitalar.

Outro aspecto importante a ser pontuado, com ênfase no início da década de 1950, foi a amplificação das campanhas e da prevenção aos cânceres que eram associadas ao sexo feminino, como o câncer de mama e o de colo de útero, por exemplo.

Dentro desta realidade, o Instituto de Ginecologia da Faculdade do Brasil, fundado na década de 1940, buscou meios pelos quais fosse possível a descoberta prévia da doença nesta parcela da população e o alargamento dos trabalhos de prevenção e detecção precoce dos cânceres de mama e de colo do útero pelos ambulatorios preventivos foram de grande auxilio.

Corroborando com as iniciativas de controle do câncer feminino ao fim da década de 1950, podia se verificar cerca de 15 ligas feminina contra o câncer, um modelo novo de intervenção social encabeçado por mulheres que se propunham a realizar atividades a fim de informatizar sobre a doença e de como ela afetava a parcela feminina da população, além de prestar o total apoio as que se encontravam em sofrimento dada a doença.

Seguindo para a década de 1960, apesar de ter caminhado até tão longe desde a década de 1910, as ações interventivas contra o câncer ainda sofriam e as informações ainda não eram perpassadas no grau que deveriam, pois a doença até então continuava sendo vista por muitos médicos enquanto um problema individual e não como uma questão de saúde publica:

Muitos médicos ainda consideram os tumores malignos um problema individual de cada doente, confinado ao âmbito restrito dos consultórios e às enfermarias do Hospital. Há muitos anos que nos insurgimos contra essa concepção não só acanhada, como também errônea. O câncer é definitivamente um problema de saúde pública e, obviamente, como tal deve ser enfrentado (Prudente, 1960, apud Teixeira, Porto, Noronha, 2012, P. 96).

Após os anos de 1964, período marcado pela governança militar, a saúde pública brasileira sofreu graves alterações e não foi diferente para os serviços de combate ao câncer como o Serviço Nacional do Câncer, o Instituto do Câncer e o próprio INCA, que sofreu com o processo de privatização dos serviços de Saúde e passou por fortes crises. O retrocesso foi repentino e significativo, evidenciando o declínio nas políticas sociais e uma total perda de

direitos.

A influência internacional nas ações do Estado dentro das Políticas Públicas na década de 1960 fez com que o mesmo atuasse dentro de uma lógica de favorecimento mercantilista e privatista efetivando a prestação de serviços públicos e para além, ampliou-se a visão de que o câncer era uma doença de responsabilidade da Medicina curativa de base hospitalar e privada.

O que ocorreu no Brasil, foi uma fase nova no processo de reprodução e concentração do capital, em nível internacional. E, paralelamente, desenvolvia-se uma fase nova nas relações entre o Estado e a empresa privada. Isto é, sob os governos militares convergiram na economia brasileira: as tendências expansionistas das empresas multinacionais e a política anti-inflacionária (IANNI, 1996, apud Silva, P. 10).

Esse contexto de Ditadura militar presente nesta década também barrou outras iniciativas, como as idealizadas pelo debate que ocorreu na 3^o Conferência Nacional de Saúde no ano de 1962, que reuniu profissionais das mais diversas instituições que trabalhavam na área da saúde. O debate girou em torno da vinculação das condições de saúde da população à forma de vida nas quais estavam inseridas, estando na carência exacerbada o foco dos questionamentos como um dos maiores ocasionadores das problemáticas de saúde no âmbito nacional.

No ano de 1967 foi aprovado o Decreto-Lei de nº 200 voltado a estimular as ações no campo da saúde, visando um crescimento econômico e tendo suas diretrizes explanadas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) fortalecendo os laços entre o governo federal e o mercado privatista da saúde.

Ao fim do ano de 1967, a partir da proclamação do Decreto-lei que estabeleceu a CNCC) ao Ministério da Saúde, o INCA perdeu seu caráter de principal formador das políticas de combate ao câncer, demonstrando um desmonte das ações de combate à doença no país. Seguindo essa prerrogativa, o Ministério da saúde objetivou transferir o Instituto Nacional do Câncer para a órbita privada, com a justificativa de que esse tipo de instituição, deve fornecer lucros e não apenas para disponibilizar recursos, e esse feito quase se efetivou por meio do Plano Nacional de Saúde que previa essa inclinação dos órgãos públicos da iniciativa pública para a iniciativa privada. Porém, com a força exercida pelos cancerologistas essa intenção conseguiu

ser impedida.

No ano de 1968 o INCA foi vinculado ao Ministério da Educação e submetido à Universidade Federal do Rio de Janeiro e, com isso, as ações voltadas para o câncer diminuíram ainda mais, o que ocasionou uma grande crise de falta de recursos, e esse por sua vez passou a ser vinculada às doenças que não possuem um caráter que as incluía enquanto questão de saúde pública e as ações a nível nacional foram barradas.

Ao fim da década de 1960 um retrocesso ainda maior pode ser analisado dada a impossibilidade de o INCA prosseguir com as suas ações educativas, e este período foi marcado por uma total falta de gerenciamento.

Três anos após essa interrupção, em 1971, o INCA voltou a ser gerenciado novamente pelo Ministério da Saúde com inúmeros problemas dentre eles: reduzida capacidade de atendimento; diminuição no número de médicos e de funcionários e escassez financeira (TEIXEIRA; FONSECA, 2007 apud SILVA, 2013, p 41).

No início da década de 1970 algumas mudanças ocorreram e houve uma reestruturação no que tange aos debates voltados à atenção básica de saúde: alguns serviços de atenção oncológica foram reformulados, o Serviço Nacional do Câncer foi transformado em Divisão Nacional do Câncer (DNC) e posteriormente em Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDGD). No ano de 1973 foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), dentro dos domínios da DNC, visando combater o câncer a nível nacional, incorporando atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social.

A partir de sua elaboração, foram garantidos recursos financeiros para entidades dedicadas ao atendimento de pacientes não previdenciários. Nesse sentido, sua criação foi importante ao ampliar a cobertura da saúde em relação ao câncer para a população não coberta pela Previdência (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012, p. 102).

Em 1975 foi criado o Programa de Controle do Câncer (PCC) vinculado ao Ministério de Previdência Social, tornando-se efetivo durante 1976-1980 e elucidando a real situação do câncer no país, quando finalmente o câncer passa a ser visto enquanto uma doença grave e ameaçadora da vida e também, não apenas como um componente de um copilado de doenças as quais não se dava tanta importância, mas sim como uma problemática de saúde pública que precisava ser evidenciada.

As medidas e reformas sofridas no campo da oncologia brasileira evidenciavam “que o câncer estava ganhando relevância política na agenda de prioridades da saúde, fortalecendo-se como problema público” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p. 125).

Os primeiros anos da década de 1980 foram marcados por um processo de redemocratização política, o que acarretou mudanças no quadro da saúde pública no Brasil e dada a falta de gerenciamento que ocasionou a crise do final da década de 1970, o modelo dicotômico que dividia a saúde em pública e medicina previdenciária chegou ao fim.

A gestão do INCA nos primeiros anos da década ficou como responsabilidade do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Previdência e Assistência Social, o que influenciou alguns avanços das atividades que eram realizadas pelo Instituto.

No ano de 1986 ocorreu a 8^o Conferência Nacional em Saúde (CNS) em Brasília- Distrito Federal no mês de Março, um verdadeiro marco na história das conferências de saúde e que impactaram as instituições de combate ao câncer, como o INCA, de forma ímpar.

Vale salientar que no decorrer da década de 1980, foram realizadas a VII e a VIII CNS, que repercutiram diretamente sobre o INCA (TEIXEIRA; FONSECA, 2007 apud SILVA). A 8^o CNS foi a primeira aberta à participação popular e fez com que as propostas para a criação de um sistema de saúde efetivo no Brasil fossem efetivadas. Foi também por meio dela que se concretizou a criação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS) que, por sua vez, teve seus conceitos inclusos na nova Constituição de 1988. Todavia, a funcionalidade do SUDS em relação à saúde pública e às políticas de atenção oncológicas se deu de forma lenta:

Cabe sublinhar, porém, que as ações de saúde pública e o atendimento hospitalar de urgência, na década de 1980, foram realizados em uma minguada face universal em um modelo de tipo hospitalocêntrico, que privilegiou a assistência médica ambulatorial e hospitalar, apoiado em recursos da Previdência Social e assentado na compra de serviços do setor privado, fazendo com que a saúde pública preventiva não obtivesse melhorias nos indicadores sociais, como os de mortalidade, morbidade e esperança de vida (DRAIBE, 1990 apud SILVA, 2013 p. 42).

A Constituição Federal de 1988 foi porta de entrada para algumas mudanças que se galgava e forneceu ânimos para a realização de uma reforma sanitária que aspirava a uma relação entre a sociedade e o Estado estabelecida de forma diferenciada, com o preceito de lutar por uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Assim, a reforma aderiu a um projeto societário que visava uma:

[...] democracia de massas, com ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base, salientando-se os sindicatos, comissões de fábrica, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais (BRAVO; MATOS, 2001, p. 198-99 apud SILVA, 2013, p. 42).

A preocupação principal da reforma era a de que por meio dos conselhos e conferências de saúde, houvesse essa participação social nas tomadas de decisão realizadas pelo Estado, dentro das políticas públicas e sociais. Afinal, a preocupação central da Reforma é assegurar a atuação do Estado em função da sociedade, pautada na concepção de Estado democrático e de direito, responsabilizando-o pela elaboração de políticas sociais e de saúde (BRAVO; MATOS, 2001 apud SILVA, 2013).

Ainda no ano de 1987 no Brasil, como uma iniciativa do governo federal e visando a inserção de atividades a nível nacional no que tange as áreas de informativos, de prevenção, diagnóstico e controle do câncer, criou-se o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), apresentado enquanto uma proposta de assistência técnica entre o (INAMPS) Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e o Ministério da Saúde, que mais tarde foi deslocado para o INCA.

Nos anos que sucederam as conquistas da nova Constituição Federal, início da década de 1990, o quadro da saúde brasileira passou por alguns cenários diferenciados, dado os reflexos da reforma sanitária que ocorreu na década anterior. Apesar dos grandes avanços na saúde a nível nacional no campo jurídico-institucional, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/90 e 8.142/90, alguns autores afirmam que havia ainda muito forte a presença de indagações pertencentes ao campo conservador no que se refere à saúde enquanto um direito social e para além do estabelecimento normativo de uma contrarreforma, sob a égide de um país ainda muito pautado nos modelos de saúde internacionais sendo a saúde no Brasil vista enquanto uma saúde americanizada.

Nos primeiros anos da década de 1990 após a transferência do Pro-Onco para o Instituto Nacional do Câncer, as funcionalidades centrais anteriormente postas do programa, continuaram a ser executadas, atuando em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde. O serviço passou a ser visto como uma primeira iniciativa de peso e mais abrangente no que compete às ações de atenção oncológica advinda da saúde pública dentro das esferas federais, estaduais e municipais, sob as ordens do INCA que se solidificou enquanto elaborador de políticas que intencionavam o desenvolvimento de ações no controle e combate ao câncer.

1.2- A Produção do Cuidado Oncológico Face à Regressão do SUS Legal

Os anos que sucederam o início da década de 1990, fizeram emergir um novo cenário (não apenas no Brasil mas mundialmente). A política estava se constituindo com bases em propensões neoliberais e as referências desse modelo político nas intervenções realizadas no controle e combate ao câncer. O país passou por uma tentativa de construção de um modelo de bem-estar social, tendo como base o cenário político mundial neoliberalista e, nesta direção, é possível observar um declínio dentro das dimensões garantidoras dos direitos sociais e a restrição de vários encargos como o da proteção social e dos benefícios mínimos que poderiam ser assegurados pelo estado.

[...] na direção de um Welfare State liberal e residual, [ou seja], houve um “desmonte” da proteção pública de dimensões universalista e garantidora de direitos sociais; [...] em que o Estado divide com o mercado a provisão de bens e serviços, restringindo a proteção pública aos mais pobres, ou provendo um mínimo de benefícios a ser complementado no mercado pelos que têm condições de acesso. Trata-se, sem dúvida de um Estado intervencionista, mas direcionando o fundo público para o capital [...] (TEIXEIRA, 2007, p. 9).

A tentativa de implementação de um *welfare state* no Brasil não chegou a se estruturar como almejado e como ocorreu nos outros países considerados de primeiro mundo. Este modelo tem por base a intervenção do estado face ao ajuste das relações econômicas e sociais estabelecidas com o mercado, regulação esta que segundo as autoras (Behring e Boschetti, 2006), objetivavam assegurar um certo controle entre as transações realizadas e assegurar direitos protetivos para os trabalhadores no momento em que estes não estavam mais dentro de suas faculdades laborais e que se encontravam em dificuldade econômicas e sociais.

[...] no âmbito do Estado capitalista, [como] uma forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a economia, entre o Estado e a sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico. [...]. Concretamente, trata-se de processos que, uma vez transformada a própria estrutura do Estado, expressam-se na organização e produção de bens e serviços coletivos, na montagem de esquemas e transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação da produção e de bens e serviços sociais privados (DRAIBE, 1990, p. 2-3 apud SILVA, 2013, p.44).

O modelo de bem-estar social primeiro mundista encontrado nos outros países, de fato não existiu no Brasil. O que pôde ser observado foi um aspecto diferenciado de estado de bem estar social, que se fortaleceu através de dispositivos de diminuição assistencial.

A ausência do conceito de welfare state, no Brasil, representa a imagem negativa das políticas sociais brasileiras quanto aos seus reduzidos efeitos e seus baixos graus de eficácia e efetividade sociais, como também simbolicamente, a ausência de integração e mobilização das políticas sociais (DRAIBE, 1990 apud Silva, P. 15).

Nesse cenário se coloca a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as dificuldades ocasionadas pela inflexão neoliberal. Os governos que se constituíram a partir do ano de 1990, seguiam essa lógica neoliberalista e com isto, a saúde passou por várias adversidades, a começar pelos vetos realizados no governo do presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992) aos artigos da lei 8.080/90, que dispunham do financiamento do SUS que, para manter seu funcionamento necessitava de recursos. Mesmo após a aprovação da lei 8.142/90 que tratava sobre a gestão participativa das comunidades no gerenciamento do SUS e no que compete às transmissões governamentais dos recursos destinados ao financiamento dentro da área da saúde e por consequência o financiamento do SUS, não houveram mudanças e os artigos da lei 8.080/90 não foram restaurados. Todo esse cenário de desfinanciamento do SUS gerou grande discussões ligando este a quebra do conceito de seguridade social que estava começando a engatinhar a partir da nova constituição.

Em 1993, após a renúncia de Fernando Collor de Mello, o seu vice, Itamar Franco, assumiu a presidência seguindo uma lógica neoliberal menos extravagante e sem muitos exageros, voltado à reestruturação das elites econômicas em um ajuntamento conservador direcionado aos moldes internacionais do sistema capitalista.

No que tange aos aspectos voltados à saúde, a situação não mudou com o novo governo de Itamar Franco, pelo contrário, as discussões voltadas à seguridade social ressurgiram sob uma nova ótica, de uma revisão do que foi acordado a partir da constituição, essa atitude governamental fez a saúde declinar de forma assustadora, com a mudança do modo de repasse de recurso, neste momento tornando-se vinculados à previdência social. Apesar dessa instabilidade encontrada no governo de Itamar Franco, houve a busca por encaminhar outras políticas sociais e deliberar artifícios que facilitasse a transferência da responsabilidade das políticas de saúde local aos estados e municípios, deste modo o financiamento das políticas de saúde realizadas a nível municipal e estadual passaram a ser advindos do Fundo Nacional de Saúde.

Ainda nesse período alguns avanços puderam ser observados no que tange às políticas de saúde, como a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), visando enfrentar o modelo hospitalocêntrico ainda presente e com o intuito de manter o foco na promoção à saúde e na proteção à saúde. Porém, a crise financeira que se instaurou no governo de Itamar Franco, fez com que esses avanços estagnassem (o que se seguiu até o fim de seu mandato em 1994) e serviu de ponte para a ascensão política do ex-ministro da fazenda Fernando Henrique Cardoso (FHC) no ano de 1995-2002.

O governo de FHC teve por característica a ênfase na economia, a busca pela estilização financeira, privatizações, articulação com as regras do mercado internacional, dentre outras ações econômicas, e foi marcado pelas ações voltados à reforma do aparelho do estado, objetivando atuar dentro da efetivação dos Serviços Sociais. A idealização da reforma gerencial do estado buscou efetivar suas ações administrativas e organizacionais, isso implicou na busca por mudanças, de um Estado apático e sem transformações aparentes para um Estado Social.

O Brasil iniciou sua reforma gerencial previamente, em relação a outros países como o Japão, Alemanha e França, que realizaram reformas mais profundas, sendo um dos primeiros países desenvolvidos a realizar a reforma. No que tange às políticas de saúde, se comparado ao governo anterior, houve uma ascensão no que se refere ao SUS a partir da reforma gerencial, sendo este considerado um dos maiores êxitos deste período um avanço considerável se comparado ao problema de falta de financiamento dos governos anteriores.

Entretanto, não estavam disponíveis nem a organização administrativa nem os recursos orçamentários necessários para transformar o dispositivo constitucional em realidade. 20 anos depois, o SUS é a grande realização da democracia brasileira. O uso de uma estratégia gerencial na norma que organiza o sistema, a NOB 96, foi fundamental para o êxito do programa. (BRESSER-PEREIRA, 2009, Pag.7)

Em 1996 no Brasil, promulgava-se a Norma Operacional (NOB/96) que estimulou as intervenções dos estados e municípios dentro da saúde pública e da medicina preventiva. A NOB/96 é a:

“expressão dos efeitos cumulativos do longo processo de implantação da descentralização na saúde no Brasil, mas também – e principalmente – dos incentivos à adesão envolvidos em suas regras” (ARRETCHE, 2003, p. 341 apud SILVA, 2013, p.47).

No que concerne ao tratamento em oncologia, observa-se que entre os anos de 1997-1998 o INCA se fixou enquanto formulador de políticas de combate ao câncer e também como um responsável por elaborar as atividades para o controle da doença, por meio dos centros de alta complexidade. Em parceria com o INCA, o ministério da saúde criou um projeto voltado a dar atenção básica aos pacientes/usuários acometidos por câncer de mama, de colo de útero e por câncer cervical, o viva-mulher.

Durante esse processo brasileiro de implantação de um estado de proteção social, o INCA passou a compartilhar cada vez mais das intervenções realizadas pelo Ministério da saúde e, deste modo, tornou-se importante nas ações de assistência médica nas três instâncias do estado, ações essas que eram de responsabilidade no INAMPS e que com a sua extinção na década de 1990 foram anexadas ao Ministério da Saúde, o que fez com que a imagem do Ministério fosse vinculada ao conceito de seguridade social.

Essas ações culminaram, em 2005, com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) – Portaria 2.439 –, que estabeleceu as diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos. A PNAO “propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer” (PARADA, et al, 2008, p. 201).

Essas políticas de atenção oncológica foram base para o estabelecimento de um norte às estratégias de controle e de combate do câncer dentro da rede de atenção à saúde (RAS). Dentre essas encontram-se os cuidados paliativos, conceito novo no país que visava à atenção aos pacientes/ usuários em estágio

mais avançado da doença.

No Brasil, em oncologia a luta é ainda pela garantia das mínimas condições para o diagnóstico precoce de cânceres com potencial de tratamento e cura em estadiamentos iniciais e pela universalização efetiva – universalidade acompanhada de equidade e integralidade – desses tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis ao conjunto da população (SILVA, 2010, p. 180 apud SILVA 2013, p.48).

O INCA, em sua funcionalidade conta, como posto anteriormente, com o apoio de voluntários, diferentemente do que acontece com as políticas públicas de atenção oncológica que se limita aos financiamentos advindos do Ministério da Saúde, o que faz com que as políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Oncológica fiquem dependentes das propostas de instituições privadas e filantrópicas.

Como foi dito anteriormente, a influência neoliberal, que antecedeu a virada do século mergulhou a classe trabalhadora em um Brasil marcado pelo desmonte de seus direitos sociais. O Estado, neste sentido, se retirou de suas obrigações de prover o bem-estar social dos cidadãos, o que também influenciou nas Políticas Nacionais de Combate ao Câncer, tendo em vista a possibilidade de se ter um diagnóstico precoce do câncer, um tratamento adequado foram diminuindo e se mantendo sem que se houvesse uma evolução nos anos que antecederam a virada do século, fazendo com que a década de 1990 fosse marcada por uma total perda de direitos e por um retrocesso, social-econômico e político.

Ao fim do século XX, com o intuito de propagar ainda mais os serviços de saúde oncológicos dentro do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde criou o projeto de Expansão da Assistência Oncológica (EXPANDE), regulamentado pela portaria de número 3.535 e dirigido pelo Instituto Nacional de Combate ao Câncer. Por meio deste projeto se buscou efetivar os atendimentos de alta complexidade oncológicos, criando centros que pudessem realizar essa ação como os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cancon), incumbido de auxiliar no processo de expansão da saúde oncológica sendo responsável por realizar o diagnóstico e cirurgias, fazer os tratamentos radioterápicos e quimioterápicos e de exercer os cuidados paliativos, fator de extrema importância no auxílio do tratamento do

paciente/usuário visando uma dedicação diferenciada que estes necessitavam. Vinculado ao SUS, os Cancons tinham em seu corpo a presença dos profissionais e dos que se fizessem necessários a uma total atenção dos acometidos pela doença. O Programa dava prioridade às regiões onde a assistência oncológica não estava disponível ou era insuficiente e inadequada (INCA, 2004).

No ano de 2001 foi criado um aparato instrutivo a fim de orientar os profissionais que iriam lidar com pacientes/usuários que fariam os exames clínicos de mama. Foram adquiridos nesse período aparelhos como processadores e mamógrafos e ainda no ano de 2001, foi criada a lei de nº 10.223, que altera a lei 9.656 de 1998, assegurando o custeio de cirurgias plásticas restauradoras da mama por seguros de saúde. Em 2002 a portaria de número 1.101 dispôs critérios, para a cobertura da assistência SUS, que ficaram conhecidos mundialmente. Foi em 2003 que o Instituto Nacional do Câncer passou por uma forte crise político-administrativa que influenciou posteriormente na forma de gerir a instituição.

Por meio de uma grande mobilização buscou-se sanar as dificuldades do impacto da crise no funcionamento do INCA. Nesse contexto, o mal funcionamento de alguns órgãos assistenciais (que foram privados do abastecimento de insumos necessários ao andamento de suas atividades), acabou por causar danos ao funcionamento do órgão supracitado. A problemática conseguiu ser barrada no mesmo ano e sendo assim, se iniciou um novo modelo de gestão, de modo participativo e compartilhado.

[...] o Instituto estabelece um modelo de gestão mais participativo, baseado nos princípios da ética, transparência e responsabilidade social, comprometido com as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, equidade, integralidade e descentralização, e, em especial, acesso aos serviços. (Teixeira & Fonseca, 2007, P. 155).

Voltando um pouco aos anos anteriores, em um contexto mais geral ao que compete ao SUS, os anos do governo de Fernando Henrique Cardoso, apesar de ter uma leve ascensão nas políticas de saúde, se comparado aos governos anteriores, não cumpriu o que prometeu. O então presidente ascendeu ao poder prometendo visar prioritariamente as políticas sociais de saúde e educação. Porém, a sua busca desenfreada por um estado estabilizado financeiramente, com a criação de políticas de

ajuste macroeconômico, o levou a caminhos contrários ao que dizia priorizar. Ainda em seu primeiro mandato, o SUS passou por um período de alerta, com uma grande ameaça a sua gratuidade instaurada, visto as modificações que se almejavam implementar em relação ao modelo de seguridade social.

O CEBES entende que é hora de se parar de atuar apenas reativamente às políticas governamentais e retomar o nosso projeto original da Reforma sanitária com radicalidade. Afinal, já faz tempo que descobrimos que o nosso SUS não é o deles [...] Não devemos simplesmente buscar o consenso, mas, principalmente, recompor alianças entre aqueles realmente comprometidos com a melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira, em torno de propostas concretas, consistentes e consequentes com o ideário da Reforma Sanitária. (EDITORIAL, 1995b, p. 3 APUD Paim, p.4)

Nos anos de 2003, com a eleição do candidato Petista Luiz Inácio Lula da Silva, grandes expectativas foram criadas com relação ao modelo de desenvolvimento social e de proteção social. O foco do governo foi a busca pela diminuição das desigualdades sociais com a ênfase para as políticas de redução de pobreza.

Em seu governo, as áreas que receberam maior atenção foram as de assistência social e previdência. A saúde neste período, apesar de conter altos e baixos, tornou-se a representatividade de um dos maiores orçamentos de ação social do governo de Lula da Silva, apesar da falta de estudos voltados às questões de saúde. Na tomada de posse de seu primeiro mandato, a temática de saúde não tomou a frente em um primeiro momento como um foco de sua agenda federal, porém em seu plano de governo se faziam presentes propostas para a criação de políticas voltadas a saúde bucal da população brasileira, da atenção à saúde emergencial das famílias e o acesso especial de medicamentos.

Tratam-se das propostas relativas a uma política de saúde bucal, à questão das urgências/emergências, ao acesso a medicamentos com a proposta de criação da farmácia popular. (MENICUCCI, 2011, p.524)

Um dos maiores problemas do governo Lula da Silva, foi ter dado

continuidade ao modelo de economia monetária que era utilizada no governo de Fernando Henrique Cardoso, pois isso feriu o SUS e fez com que a saúde no país sofresse.

Mesmo assim, o primeiro ano do governo Lula encontrou no Ministério da Saúde um dos poucos espaços onde a equipe dirigente procurou construir políticas de saúde coerentes com o SUS, apesar das limitações orçamentárias (MENDONÇA et al., 2005, TEIXEIRA; PAIM, 2005).

Tecia-se a ideia de que por meio da 12^o Conferência Nacional em Saúde se obtivessem novos meios pelos quais se daria continuidade ao processo de reforma sanitária e para a estruturação do SUS. Apesar dos aspectos negativos encontrados no primeiro mandato do governo Lula da Silva, ao que compete ao desfinanciamento do SUS, é possível se observar alguns pontos positivos desse período, visto o grande empenho que se teve em transpor a quebra das ações e dar início a reorganização do Ministério da Saúde. Ao que diz respeito às políticas de Atenção Oncológica, a partir de 2004 o Ministério da Saúde passou a coordenar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, que estipulou mecanismos, buscando a diminuição do número de mortes associadas a doenças prováveis de se evitar, sendo um desses o câncer de mama.

As estratégias propostas pautaram-se na organização da rede de referência e contrareferência para diagnóstico e tratamento deste tumor. A taxa de mortalidade feminina por câncer de mama e o número de reconstrução mamária tornaram-se os indicadores das intervenções. (MARQUES et al, 2015, p.3)

Posteriormente, ainda no de 2004, passou-se a dar uma maior visibilidade ao câncer de mama. Deste modo, políticas foram efetivadas a fim de identificarem precocemente e tratarem a neoplasia, de forma a contribuir e elevar a atenção ao câncer de mama, sanando assim faltas regimentais. Nos anos anteriores o Ministério da Saúde, em reflexões sobre a posição em que a neoplasia de mama exercia no Brasil, lançou o Documento de consenso, visando estabelecer estratégias de combate à doença.

Este documento de consenso apresenta as recomendações emanadas dessa oficina para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de

mama e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no Sistema Único de Saúde. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004, p.7)

Ainda em 2004, foi iniciado a Campanha Nacional de Doação de Medula Óssea, auxiliando no crescimento dos números de captações de doadores como um meio para auxiliar no tratamento das doenças do sangue e para além foi realizado o primeiro transplante de medula óssea com sangue de cordão umbilical. A fim de possibilitar o desenvolvimento de estudos que auxiliassem na melhora do diagnóstico do câncer e de seu tratamento foi fundado um Banco Nacional de Tumores e DNA em Maio de 2005, buscando agrupar o conhecimento necessário acerca da herança biológica da população Brasileira, com a finalidade de auxiliar nesse processo.

Ademais, no ano de 2005 (dada a alta demanda existente dentro da saúde oncológica, por meio da atualização de duas portarias GM/MS de nº. 3.535 e nº. 3.536 e influenciado por ações de anos anteriores), um marco na luta contra o câncer pode se efetivar com a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica(PNAO), por meio da portaria de número 2.439, proposto pelo Ministério da Saúde favorecendo ações voltadas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. A portaria determina que a PNAO deve se articular entre o Ministério da Saúde e as Secretarias dos municípios e estados, promovendo atenção à saúde oncológica dentro dos níveis de baixa, média e alta complexidade.

A portaria do Ministro da Saúde define que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: 1. Promoção e Vigilância em Saúde; 2. Atenção Básica; 3. Médiacomplexidade; 4. Alta complexidade; 5. Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; 6. Plano de Controle do tabagismo e outros Fatores de Risco, do Câncer do Colo do Útero e da Mama; 7. Regulamentação suplementar e complementar; 8. Regulação, fiscalização, controle e avaliação; 9. Sistema de Informação; 10. Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica 11. Avaliação Tecnológica 12. Educação permanente e capacitação 13. Pesquisa sobre o câncer. (Ministério da Saúde, 2005, p. 2)

A Portaria que instituiu a PNAO fortaleceu ainda mais a problemática do câncer enquanto uma questão de saúde pública, indo além dos níveis básicos

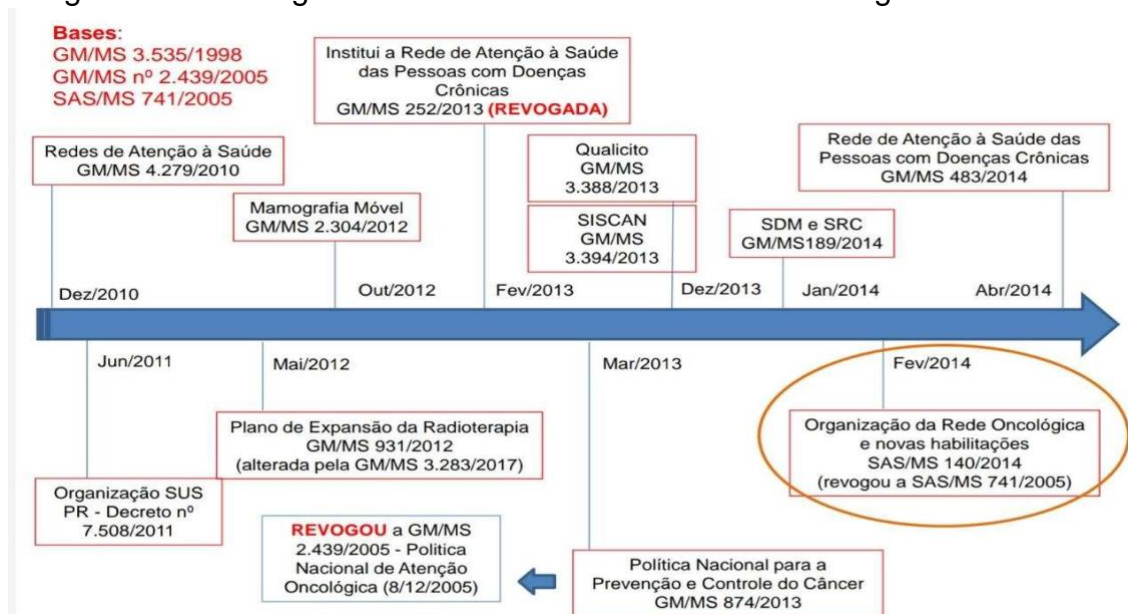
de atenção à saúde oncológica. O processo para a elaboração da Política Nacional de Atenção Oncológica ocorreu dada a procura pelo auxílio de instituições com vínculos em sociedades científicas. A criação da PNAO acabou por influenciar, por meio dos seus princípios a incorporação da Política Nacional de Humanização à Rede de Atenção Oncológica (RAO) por meio da efetivação de conselhos de gestão participativa dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), juntamente com as equipes interdisciplinares e multiprofissionais, dentre outros.

A portaria 2.439/2005 foi reformulada pela Portaria SAS/MS nº. 741/2005 no que compete às ações voltadas à atenção da saúde de alta complexidade, por meio dela, os hospitais passaram a ser estruturados para um atendimento especializado dentro da alta complexidade.

Considerando a determinação de conceituar as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções no contexto de rede assistencial. (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, 2005).

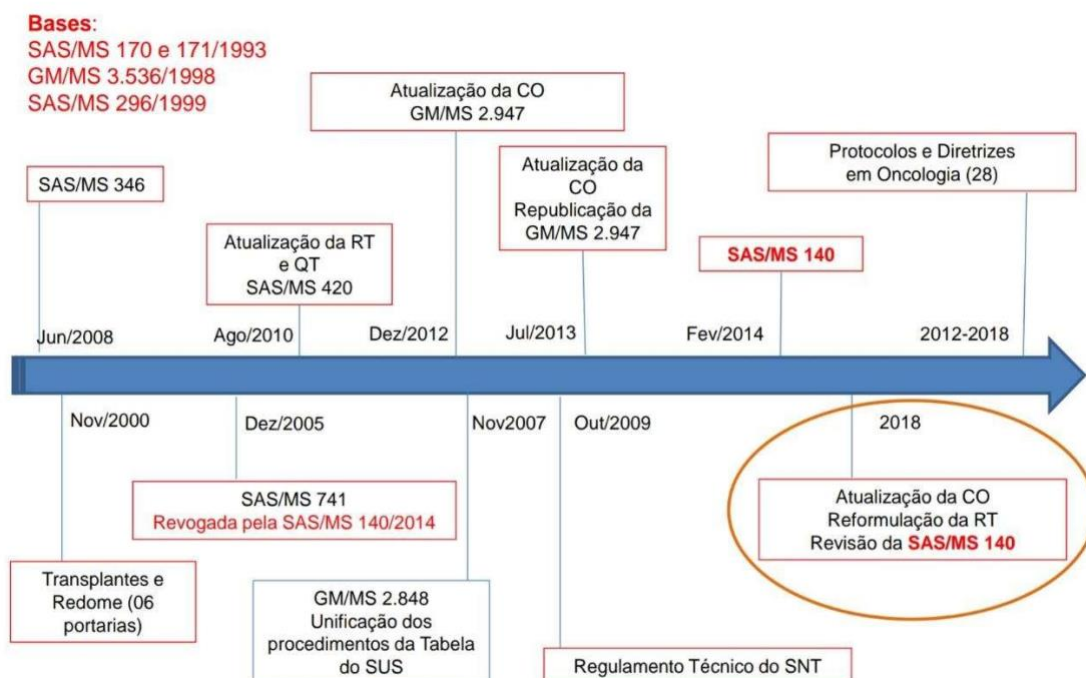
Posteriormente, a portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde foi anulada no ano de 2013 pela portaria 2.439/2013. Os anos se passaram, desde a criação da PNAO em 2005, e mudanças no que compete à evolução da atenção oncológica puderam ser observadas desde essa data até dias mais atuais, como os relacionados aos tratamentos de radioterapia e quimioterapia, os avanços nas realizações dos procedimentos cirúrgicos oncológicos e a criação de serviços hospitalares especializados, além da formulação e propagação da diretriz terapêutica e diagnóstica oncológica. No ano de 2014, por meio da atualização da portaria de nº 140 SAS/MS a SAS nº 741/2005, a PNAO foi revogada e esses feitos foram considerados marcos históricos da atenção oncológica dentro do Sistema Único de Saúde. As figuras a seguir mostram os feitos de maior transcendência das estratégias e normativas dos últimos anos.

Figura 01: Estratégias e Normativas da Assistência Oncológica.



Fonte: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/18/3.a-Portaria-SAS140-2014-Atualizacao-12-13-12-2018.pdf> Acesso em: Novembro/2019

Figura 02: Principais Normativas



Fonte: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/18/3.a-Portaria-SAS140-2014-Atualizacao-12-13-12-2018.pdf> Acesso em: Novembro/2019

A busca por melhorias dentro da terapêutica para o tratamento oncológico culminou na criação de diversas portarias voltadas a um melhor resultado no diagnóstico e no tratamento do câncer como mostra o quadro a seguir:

Quadro 01: Protocolos Clínicos/ Diretrizes terapêuticas e diagnósticas de atendimento oncológico.

Nº	PCDT / DDT	Portaria vigente
1	Câncer de ovário	Portaria SAS/MS nº. 458, de 21/5/2012
2	Câncer de estômago	Portaria conjunta nº. 3, de 15/1/2018
3	Melanoma cutâneo	Portaria SAS/MS nº. 357, de 8/4/2013
4	Tumor do estroma gastrointestinal (GIST)	Portaria SAS/MS nº. 494, de 18/6/2014
5	Câncer de próstata	Portaria SAS/MS nº. 498, de 11/5/2016
6	Câncer de esôfago	Portaria SAS/MS nº. 1.439, de 16/12/2014
7	Câncer de mama	Portaria conjunta nº. 19, de 3/7/2018
8	Câncer de cólon e reto	Portaria SAS/MS nº. 601, de 26/6/2012
9	Câncer de fígado no adulto	Portaria SAS/MS nº. 602, de 26/6/2012
10	Câncer de pulmão	Portaria SAS/MS nº. 600, de 26/6/2012
11	Tumor cerebral no adulto	Portaria SAS/MS nº. 599, de 26/6/2012
12	Câncer de cabeça e pescoço	Portaria SAS/MS nº. 516, de 17/6/2015
13	Câncer de rim	Portaria SAS/MS nº. 1.440, de 16/12/2014
14	Linfoma folicular	Portaria SAS/MS nº. 1.501, de 10/10/2014
15	Leucemia mieloide crônica - adultos	Portaria SAS/MS nº. 1.219, de 4/11/2013
16	Mieloma múltiplo	Portaria SAS/MS nº. 708, de 6/8/2015
17	Leucemia mieloide aguda - crianças e adolescentes	Portaria SAS/MS nº. 840, de 10/9/2014
18	Leucemia mieloide aguda - adultos	Portaria SAS/MS nº. 705, de 12/8/2014 (*)
19	Carcinoma diferenciado de tireoide	Portaria SAS/MS nº. 7, de 3/1/2014
20	Leucemia linfóide aguda Ph+ - adultos	Portaria SAS/MS nº. 312, de 27/3/2013
21	Linfoma difuso de grandes células B	Portaria SAS/MS nº. 621, de 5/7/2012
22	Leucemia mieloide crônica - crianças e adolescentes	Portaria SAS/MS nº. 114, de 10/2/2012
23	Leucemia linfóide aguda Ph+ - crianças e adolescentes	Portaria SAS/MS nº. 115, de 10/2/2012

Legendas: (*) Republicada. PCDT = Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas; DDT - Diretrizes diagnósticas e terapêuticas em oncologia.

Fonte: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_64/v02/pdf/13-artigo-de-opiniao-a-assistencia-oncologica-e-os-30-anos-do-sistema-unico-de-saude.pdf. Acesso em: Dezembro/2019.

Com o passar dos anos a saúde no Brasil precisou passar por várias adaptações e mudanças, no que tange ao campo da atenção oncológica: Ações foram realizadas visando melhor atender os casos de pacientes oncológicos prevenindo e controlando estes, e diversas portarias foram atualizadas, publicadas e revogadas com esse intuito.

Um grande número de desafios puderam ser superados com o passar dos

anos na busca pelo melhor atendimento das demandas oncológicas, a fim de auxiliar de forma mais incisiva os usuários/pacientes que se encontram acometidos por esse mal. Nos dias atuais, uma intensa discussão se forma dada a necessidade de um melhor gerenciamento do SUS com vistas a dar continuidade ao trabalho, dentro das políticas de atenção oncológica que a muito é exercido, e a fim de se obter melhorias nos serviços que são fornecidos dentro da terapêutica.

Os profissionais de saúde que se dispõem a atuar dentro da área de atenção oncológica devem estar abertos e serem sempre humanizados para estabelecer a melhor convivência possível com os seus pacientes/usuários vistos os processos em que este encontra-se inserido, de âmbito emocional, físico e espiritual, que precisam de uma atenção especializada, tendo em vista que o diagnóstico do câncer não é uma notícia fácil de se receber.

[...] alguns momentos de maior impacto e dificuldade no percurso dos tratamentos costumam se relacionar à comunicação de notícias difíceis, como o diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado, a atenção a graves sequelas dos tratamentos e o esgotamento dos recursos de cura e a preparação para os cuidados paliativos. (Teixeira, et al, 2012, p.147)

Deste modo, pode-se observar a necessidade de um olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde e uma maior atenção ao câncer enquanto uma questão de saúde pública que, como doença precisa ser tratada e levada a sério.

CAPÍTULO II – ASSISTÊNCIA PÚBLICA DE ALTA COMPLEXIDADE, CÂNCER E CUIDADOS PALIATIVOS

2.1- Panorama da Rede SUS Face ao Tratamento do Câncer e Cuidados Paliativos

Como foi abordado no capítulo anterior, o Sistema Único de Saúde ao longo de 30 anos vem padecendo de grandes problemas estruturais, relacionados, sobretudo aos modelos de desenvolvimento adotados pelas gestões governamentais.

As características principais do sistema tem sido o difícil acesso à rede de atendimento, a falta de diálogo intersetorial entre o setor saúde e os demais setores que compõem a seguridade social, o subfinanciamento crônico e a falta de priorização da política de saúde no rol das políticas sociais.

Apesar do SUS ser um sistema que alcança bons resultados, ele vem sofrendo diariamente e grandes dificuldades precisam ser enfrentadas com constância, o que acaba interferindo nos efeitos almejados. Os principais motivadores para a desestruturação do SUS são a falta de um gerenciamento adequado para com os recursos em posse e o financiamento abaixo do essencial.

É possível observar uma total falta de gestão de verbas por parte do Estado. Entre os anos de 2003 a 2010, a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em parceria com a Organização Contas Abertas, expõem que por volta de 174 bilhões de reais não foram aplicados pelo Ministério da Saúde neste período, interferindo diretamente no funcionamento dos hospitais. Não são poucos os relatos realizados por profissionais da área da saúde de média e alta complexidade e de pacientes, que reafirmam o descaso da saúde pública.

Nessa direção, as respostas estatais aos usuários acometidos pelo câncer foram sempre incipientes face à demanda, a cada década mais ampla, e como já mencionado, os prognósticos em relação aos novos casos de cânceres no Brasil são alarmantes.

O número de hospitais capacitados ao atendimento desses pacientes/usuários dentro da alta complexidade tornam-se insuficientes dada a grande demanda. Segundo dados do Ministério da Saúde colhidos em Outubro de 2019, o Brasil tem cerca de 340 Unidades e Centros de Atendimentos habilitados dentro da alta complexidade em oncologia no SUS, estando esses organizados em 309 UNACON/CACON e 31 hospitais vinculados a essas unidades, distribuídos por todos os estados.

O maior número de hospitais habilitados para o tratamento oncológico está localizado na região sudeste, na cidade de São Paulo, com cerca de 77 Unidades; Acre, Amazonas, Roraima e Amapá possuem apenas uma unidade de tratamento; A Paraíba também possui um numero muito pequeno de hospitais habilitados: apenas 5.

Figura 03 – Hospitais Habilitados em Oncologia no Sus



Fonte: <https://www.folhavoria.com.br/saude/noticia/10/2019/espírito-santo-possui-8-hospitais-habilitados-em-oncologia-no-sus-veja-onde-buscar-o-tratamento>

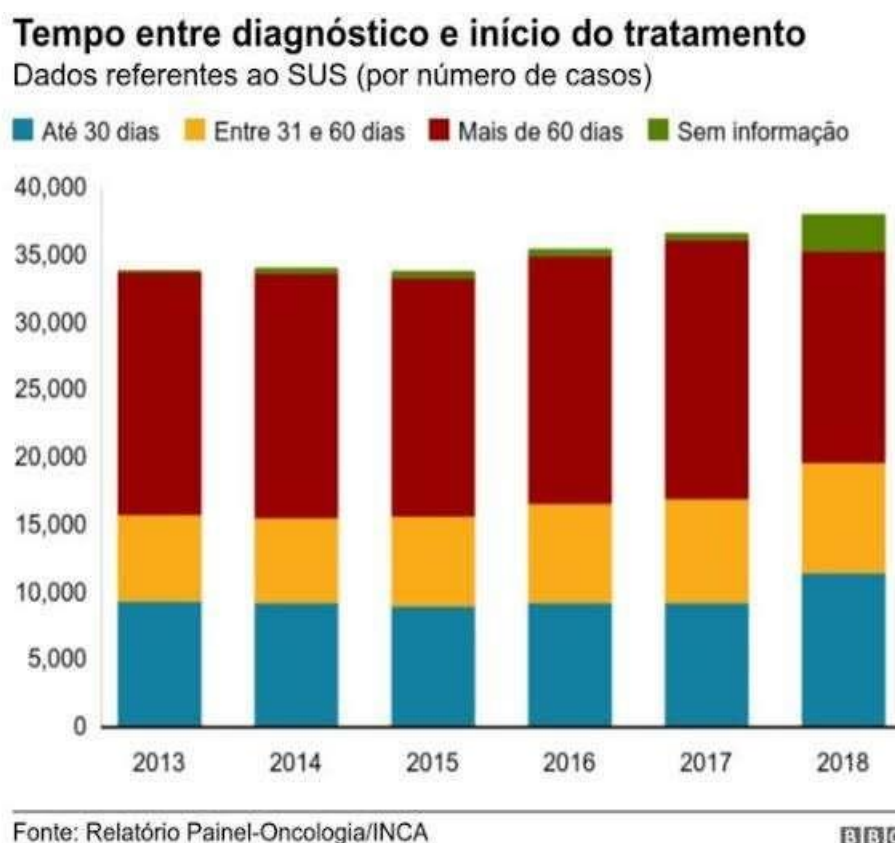
O Sistema Único de Saúde é uma janela alternativa para quem não possui plano de saúde ou para aqueles cujos planos não cobrem os gastos com o diagnóstico e tratamento, pois nestes casos, após o resultado dos exames comprovarem a doença, o tratamento na rede de saúde do SUS é

realizado com maestria.

Quando se trata de pacientes diagnosticados com câncer, o ministério da saúde afirma que cuidados a fim de auxiliar esses pacientes/usuários a enfrentar cada fase da doença são ofertados dentro dos hospitais habilitados a esses atendimentos de alta complexidade, como as unidades e centros de tratamentos distribuídos por todo o país.

Receber a notícia de que se tem um diagnóstico positivo para o câncer é um momento muito difícil. O diagnóstico é uma das fases de maior complexidade, principalmente quando se diz respeito à rede pública de saúde, segundo afirma Francies Regyanne Oliveira, gerente administrativa do Instituto de Responsabilidade Social do Hospital Sírio-Libanês: “A acurácia dos profissionais para fazer o rastreamento do câncer continua sendo um problema no SUS, assim como a oferta de meios diagnósticos é muitas vezes limitada.” (FRANCIES REGYANNE OLIVEIRA, 2017). Isto reafirma que uma das fases mais importantes do processo de tratamento do câncer – o diagnóstico – também é uma das mais difíceis de se alcançar, dada a demora para se rastrear a doença e a falta de outros meios de se chegar a esse resultado mais rapidamente, como mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 01: Tempo Entre Diagnostico e Início do Tratamento.



Entre os anos de 2013 e 2018, do diagnóstico para o início do tratamento, de pouco mais de 30 mil pessoas houve uma demora de mais de 60 dias para se obter o resultado, uma diferença de cerca de 50% se comparado ao número de diagnósticos efetuados em até 30 dias dentro do mesmo período. (Inca 2013-2018).

Foi neste sentido que, visando uma identificação ainda mais rápida do câncer, no dia 30 de Outubro de 2019, o então Presidente da república no exercício temporário do cargo dado o impeachment de Dilma Rousseff, sancionou a lei nº 13.896, que acresceu em seu primeiro artigo mais um inciso ao segundo artigo da lei de nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 que, dispunha sobre o estabelecimento de um prazo para a realização do início do tratamento de pacientes/usuários com neoplasia maligna comprovada e em seu segundo capítulo destacava que esses pacientes/usuários possuíam o direito de ter seu tratamento realizado pelo SUS em no máximo 60 dias, a partir do resultado dos exames comprobatórios da doença.

O inciso acrescido na lei 13.896 de 2019 dispunha que, “Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.” (PRESIDENCIA DA REPÚBLICA,2019). Essa mudança significou que a partir de 2019 o tempo para o início do tratamento dos casos comprovados de neoplasia malignas passou obrigatoriamente de 60 para no máximo 30 dias.

Um dos influenciadores para que houvesse essa mudança na lei 12.732, foi justamente o fato de que a demora para diagnosticar o câncer pelo SUS estava diminuindo consideravelmente as chances de cura dos pacientes/usuários. Com base em investigações realizadas pelo Tribunal de Contas (TCU) da União o Brasil em média passa 270 dias para diagnosticar um paciente com câncer, o que leva cerca de 80% dos casos a terem um início tardio de tratamento em fases mais agravadas da doença. Isso mostra que apesar da lei 12.732 deliberar que o início do tratamento deve vir em no máximo 60 dias da data da constatação da doença a mesma não vem sendo respeitada.

Os motivos que levam a esse atraso nos diagnósticos são os mais variados. O Brasil é um país que tem sua economia diversificada a depender da região o que leva determinadas localidades a encontrar-se em uma grande escassez de recursos essenciais para a realização dessa atividade como a falta de profissionais capacitados na área e aparelhos, além da subdivisão do atendimento.

O ponto inicial é a Unidade Básica de Saúde (UBS), porém o tratamento não é realizado nesse setor e o paciente/usuário é encaminhado, como uma regra básica, para os setores de alta complexidade do sistema de saúde pública, a fim de realizar exames mais elaborados e específicos.

Em sua maioria, os pacientes/usuários buscam seu tratamento dentro do SUS. Seja por não poder arcar com o tratamento, seja pelo fato de seu convênio saúde não cobrir alguns tipos de gastos essenciais, como estadia e medicação. Enquanto que com o tratamento pelo SUS não há a necessidade de o indivíduo desembolsar nenhuma quantia em dinheiro para o seu tratamento, pois este é totalmente quitado pelo sistema de saúde pública. Todavia, cabe destacar que o dinheiro usado pelo Sistema Único de Saúde vem sendo repassado de forma diminuta, gerando um empecilho para que se faça determinados tratamentos.

Os medicamentos que são utilizados para o tratamento do câncer são pagos por ciclos de ministração. Nesse momento, é função do médico definir o melhor método de aplicação dos medicamentos e afim de obterem melhor resultados, ele vai analisar diversos fatores que influenciam no tratamento, como o local onde o tumor esta instalado, por exemplo.

“O tratamento escolhido dependerá de fatores específicos de cada caso, como: localização, tipo celular e grau de extensão do tumor; os tratamentos já realizados; a finalidade da quimioterapia e as condições clínicas do doente”, esclarece Maria Adelaide Werneck, analista da Área de Regulação e Normas Técnicas do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Os hospitais estruturados para atendimento de pacientes oncológicos devem estar preparados para oferecer um amplo suporte a esse paciente/

usuário partindo desde o diagnóstico e perpassando todo o processo de tratamento deste indivíduo. Todavia, segundo o presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), José Getulio Segalla avalia, o SUS não possui uma diretriz clínica ou normas de intervenção bem delineados. Ponderando sobre o mecanismo de tratamento utilizado, ele ainda faz uma crítica no que diz respeito ao financiamento realizado pelo SUS para arcar com os custos com medicamentos para cada ciclo de tratamento, afirmando que há uma extrema necessidade de mudança dentro das tabelas de medicações e da incorporação de mecanismos de baixa e média complexidades, além do uso de cuidados paliativos.

A rede SUS, dentro da área oncológica, é organizada de modo a cuidar de seus pacientes/usuários de forma completa e integrada e conta com a assistência médica de alta complexidade do SUS, composta por unidades de atendimento habilitados, como dito anteriormente, as UNACON e CANCON.

Quando se trata do financiamento do tratamento medicamentoso do câncer, segundo dados da Secretaria de Saúde do Paraná, o Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais em Saúde, não possuem continuamente medicamentos para a terapêutica do câncer. Deste modo, o repasse de medicamentos para esse fim só pode ser realizado por meio da inserção destes fármacos, através de uma notificação, em uma tabela de medicamentos que serão utilizados com fins quimioterápicos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI-SUS) e autorizados no subsistema Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), que devem ser disponibilizados em todas as unidades hospitalares que tratam a doença e, após a obtenção de recursos do Ministério da Saúde, estes, por sua vez, devem ser repassados pela Secretaria de Saúde responsável pelo hospital a partir do código numérico contido nas APACs.

Os únicos medicamentos que fogem a essa regra, dada informações da secretaria de saúde do estado do Parana são: **Mesilato de Imatinibe, Dasatinibe, Nilotinibe, Trastuzumabe, L- asparaginase, Rituximabe**. Estes em específico, quando se fazem necessário são comprados pelo Ministério da Saúde e distribuídas para as unidades de atendimento, CACON E UNACON, a partir da demanda vivenciada na instituição.

As unidades oncológicas habilitadas dentro da rede SUS de alta

complexidade devem realizar os procedimentos necessários para a liberação dos medicamentos e providenciá-los para que seja dado início ao tratamento o mais rápido possível.

Infelizmente, apesar de todo esse processo visando à liberação dos fármacos necessários para cuidar do paciente acometido por câncer, por meio das apacs, nem sempre é possível de se obter os medicamentos com rapidez ou facilidade. Muitos dos medicamentos utilizados para realizar uma intervenção oncológica têm seus preços muito elevados e adquirir esses medicamentos por sua vez vem sendo uma grande dificuldade para o SUS assim como para outros Sistemas de Saúde existentes por todo o globo.

Isto posto, torna-se necessário a busca pelo próprio paciente ou por seus familiares de meios que viabilizem o acesso a esses medicamentos, como por meio de ação judicial junto à Secretaria de Saúde do Estado ou Município. Isso ocorre em sua maioria quando as dificuldades para se conseguir o medicamento são muito grandes se fazendo realmente necessário uma intervenção jurídica.

A negativa ao fornecimento não apenas de medicamentos, mas também de insumos básicos em hospitais oncológicos, dá-se frente à falta de operacionalização e de orçamento, fundamentais para a resolução das demandas.

Deste modo, a intervenção judicial torna-se o único meio para se alcançar algo tão essencial ao tratamento de pacientes oncológicos e também para fazer valer direitos que estão previstos na constituição federal, frente ao descaso do Estado. Como está posto na constituição, a saúde é um direito de todos e cabe ao Estado assegurar a viabilização desse direito.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (**Federal** Constituição, 1988).

Sendo assim, a promoção a saúde é de responsabilidade do Estado, se fazendo necessária ações estatais para que esta seja viabilizada. Porém, nem

sempre é com facilidade que se alcança os direitos, pois mesmo sendo esses já assegurados por meio da constituição federal, o percurso trilhado para se chegar a essas prerrogativas é sinuoso, como já posto acima, e a realidade diverge por completo do que deveria acontecer, sendo possível observar a total falta de atenção à saúde.

A falta de equipamentos, essenciais ao tratamento das neoplasias malignas, como as máquinas utilizadas para exames e para a radioterapia, falta de profissionais qualificados para dar assistência e cuidar dos pacientes/usuários, medicamentos e até de insumos básicos como agulhas, luvas, gases e outros, ferem por completo o direito à saúde e a dignidade humana, também posto na Constituição Federal.

Esse cenário vem ficando cada vez pior, tendo em vista que no ano de 2016 a PEC 241 foi aprovada na câmara dos Senadores, visando a um corte de gastos de 20 anos, que começou a vigorar no ano de 2018, sob a justificativa de reverter o desequilíbrio fiscal existente no Governo Federal.

Infelizmente, a saúde entrou no combo das políticas sociais que teriam seus investimentos congelados por 20 anos, tendo seu repasse de verbas baseado nos gastos do ano anterior. O resultado vem sendo notado dia-a-dia, com o total desfinanciamento do SUS e o desmonte das políticas públicas.

Os investimentos estão congelados, mas a demanda de pacientes/usuários que precisam de atendimento médico especializado dentro da rede do Sistema Único de Saúde só aumenta, principalmente dentro da área oncológica, o que requer melhoria nos atendimentos, aumento no quadro de profissionais capacitados, melhoria e aumento do número de leitos dos hospitais, principalmente os de unidade de terapia intensiva (UTI) e a melhoria dos serviços oncológicos como um todo, porém esse dinamismo é dificultado, pois não há como dar prosseguimento às atividades de forma plena dentro dos hospitais habilitados, tendo como base os gastos do ano anterior e com a completa carência de recursos.

Todo esse processo sucateia e muito o acesso à saúde de qualidade e influencia bastante no tempo que o paciente/usuário pode ter que passar esperando para começar o tratamento oncológico. o que pode agravar cada vez mais sua doença e por vezes, mesmo quando diagnosticado precocemente, imbuir em uma fase mais irresoluta da doença.

Pode ser bastante demorado, cada vez mais doloroso e difícil travar a batalha contra o câncer e nesse meio tempo, dada a necessidade do medicamento e de outros recursos essenciais para o início ou prosseguimento do tratamento após o diagnóstico, o paciente vai ficando cada vez mais debilitado e sua família e amigos cada vez mais preocupados. Sendo assim, a partir do diagnóstico, tal qual os cuidados paliativos, faz-se extremamente importante a utilização de uma abordagem que visa impulsionar a qualidade de vida do paciente/usuário, assim como a das pessoas de sua família e convívio social que também travam essa batalha junto com ele dia-a-dia..

Existem práticas que buscam atenuar a dor e o sofrimento dos pacientes que tem sua possibilidade terapêutica reduzida e/ou que dentro das práticas curativas, em razão do estágio em que a doença se encontra, não se tem mais a viabilidade da continuidade do tratamento.

Vale destacar que um paciente não deve ser visto apenas como um invólucro de um corpo que quando não se pode mais ser salvo deve ser descartado, mas sim como uma vida que não importa o tempo deve ser vivida de forma plena e sem sofrimento, sendo dada total importância ao ser que luta por sua vida frente a uma doença ameaçadora. É nesse sentido que se fazem importantes as práticas realizadas dentro da abordagem dos cuidados paliativos, como a quimioterapia e a radioterapia paliativas, por exemplo.

A quimioterapia paliativa é voltada para amenizar os sintomas que possam influenciar nas vivências cotidianas dentro do campo físico, sem influenciar no tempo restante do paciente/usuário, ou seja, a quimioterapia paliativa não vai aumentar nem diminuir a sobrevida do indivíduo, mas auxiliar para que este consiga passar pelo processo já avançado da doença, sem um sofrimento maior.

Geralmente, esse tipo de tratamento deve discorrer entre 3 a 12 meses, a depender do estágio em que a doença se encontra, podendo ter esse período aumentado ou reduzido. Nesse caso, se houver a necessidade de um aumento do período de tempo a ser dado continuidade à quimioterapia e a depender do enquadramento da demanda, passa a ser indicada uma outra modalidade também dentro deste contexto.

A quimioterapia de controle temporário voltada exclusivamente para a prática paliativa, neste tipo de tratamento quimioterápico, ao contrario da

paliativa, pode ter a continuidade por mais de um ano a depender das particularidades da doença e de seu tratamento. Esse tipo de quimioterapia é indicada para os pacientes aos quais tem o diagnóstico de hemopatia maligna de desenvolvimento crônico que apesar de não haver possibilidade de cura pode ter uma longa sobrevida.

A radioterapia paliativa é também utilizada sem necessariamente influenciar no tempo de vida do paciente/usuário, voltada a tratar do foco do tumor ou dos tumores metastáticos existentes utilizando de doses menores do que as aplicadas normalmente.

Esses assim como muitos outros tratamentos podem auxiliar nesse processo que pode ser tão sofrível, principalmente dentro de um sistema de saúde que anda constantemente sendo defasado e dificultando o acesso à saúde de qualidade e para todos como é de direito, sem necessariamente ter seu início apenas nos quadros mais avançados da doença, mas sim a partir do diagnóstico visando para além da vida do paciente/usuário mas o seu viver por completo.

2.2- Câncer e Cuidados Paliativos: um desafio para o SUS

Discutir a relação do câncer com os cuidados paliativos requer compreender a classificação do mesmo enquanto doença crônica, por vezes de evolução rápida, incapacitante e que põe em risco a vida.

A morte é um espectro que ronda toda a nossa vida terrena, é uma temática de difícil discussão e vista sempre com maus olhos, apesar de ser uma fase inevitável de nossa vida. O câncer é uma das doenças que mais mata em todo o mundo, enfermidade esta que não distingue classe social, gênero ou cor, ou seja, qualquer pessoa pode estar sujeita a ser acometido pela mesma e de encontrar sua finitude por meio dela.

No Brasil do século XX, a classe social mais vulnerável a contrair doenças, como a lepra e a tuberculose, era a menos detentora de bens e riquezas e sendo o câncer uma doença que neste período não era observada com tanta recorrência entre esta parcela da população, passou-se a ter a crença dentre os menos informados e desconhecedores das características

epidemiológicas, de que a incidência da doença era mais observada nas classes mais abastadas da sociedade, o que passava a ideia de que esta escolhia a quem iria afetar.

Nos dias atuais, como disposto nos itens anteriores, a terapêutica do câncer se dá por meio do uso de medicamentos para diminuição da dor; transplantes de medula no combate às doenças no sangue; radioterapia e quimioterapia (que combatem o avanço das células cancerígenas), redução de tumores e quadros da doença. O uso desses meios de tratamento podem ser feitos de forma individual, mas também ocorre de serem utilizados concomitantemente no processo terapêutico, e todos esses processos por sua vez, podem ser bem dolorosos e desgastantes para o paciente/usuário.

Na contramão de toda a dor e sofrimento que o câncer pode causar (e causa), surgem os cuidados paliativos.

O processo histórico aponta que a filosofia paliativista data da antiguidade onde começou a se constituir, com as primeiras definições a respeito do ato de cuidar. Durante meados da Idade Média era comum e passível de se encontrar em meio às cruzadas, os Hospices, hospedarias que eram utilizadas para abrigar desde doentes, a pobres que precisassem de acolhimento, cuidados, tratamento para dor ou alimento. Os cuidados paliativos pretendem e têm como princípios básicos aliviar, prevenir a dor e promover saúde. Destarte, tais aspectos vão muito além dos cuidados apenas com o paciente, abrangendo também toda a família que está passando por um processo de muita dor, para além da física, psíquica e/ou espiritual que é lidar com a possibilidade de perda de um ente querido.

Historicamente os cuidados paliativos já foram muito confundidos com os hospices, os hospitais hospedarias. Apesar de terem filosofias bem parecidas visando o cuidar e o conforto do enfermo, os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos desde o diagnóstico da doença, não apenas para o paciente/usuário, mas para a sua família e amigos que acompanham o processo.

Os hospices são ambientes físicos de acolhida aos pacientes/usuários para os quais a cura não é mais uma opção, mas que no entanto necessitam de serem cuidados para além dos tratamentos curativos assim como destaca a literatura sobre o assunto. Os relatos acerca da existência desse tipo de

hospitais\hospedarias remontam desde o século V.

Na contemporaneidade, esse movimento da existência dos hospices foi encabeçado pela Assistente Social, Enfermeira, Escritora e Médica Cicely Saunders, que a partir de 1950, passou a buscar os conhecimentos necessários para desenvolver práticas que auxiliassem na melhoria de vida de pacientes terminais. Assim, a mesma fundou no ano de 1967 o St. Christopher's Hospice, que para além de cuidar e dar assistência influenciou as pesquisas dentro da área dos Cuidados Paliativos, abrindo suas portas para pesquisadores de vários países.

Os cuidados paliativos tiveram seu marco histórico na década de 1960, especialmente a partir da fundação do Saint Christopher's Hospice, em Londres, pela Dr^a Cicely Saunders. (Mendes e Vasconcellos, 2015, p.5)

Encontrar-se acometido por uma doença que ameaça a vida pode ser muito doloroso e não apenas fisicamente como também espiritual, psicológica, emocional e socialmente. Esses cuidados vem em contrapartida a todo o sofrimento e se fazem extremamente necessários, visando à melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, os cuidados paliativos entram como resposta, nomeadamente, para os casos em que a terminalidade humana é sinalizada. Ainda segundo a OMS, os cuidados paliativos devem ser ofertados o mais breve possível dentro do processo de adoecimento do paciente/usuário, se possível a partir do diagnóstico (que é um verdadeiro baque na vida de um indivíduo) e lidar com isso é uma tarefa bastante complicada, a partir do momento que se recebe a comprovação que se tem uma doença terminal, como o câncer.

Nessa abordagem, a família, os amigos e os próprios profissionais que acompanham o processo terapêutico também são importantes e devem ser cuidados. Muitas famílias são destruídas pelo câncer. Deste modo, passar por todo o percurso de diagnóstico, tratamento e possível morte é devastador. Nesse sentido, a família precisa de todo o apoio e força para poder prosseguir auxiliando no tratamento do paciente/usuário.

O cuidador pode apresentar sintomas de sobrecarga, como dor lombar, irritabilidade, humor deprimido, insônia, dentre outros. A equipe envolvida no cuidado precisa ficar atenta a esses

sinais de alarme. Um cuidador em sobrecarga precisa de atenção imediata para si mesmo e também para que não perca o alcance máximo do seu potencial de cuidar, correndo o risco de não suprir as necessidades da pessoa doente. (Vamos Falar de Cuidados Paliativos, 2015).

Os princípios norteadores dos Cuidados Paliativos estão voltados para a melhoria da qualidade de vida do paciente/usuário, visando promover o alívio da dor e mostrando que a morte é uma fase natural de nossas vidas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002.

"Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais." (OMS, 2002)

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos são um meio pelo qual se intenciona a busca por melhoria na qualidade de vida de pacientes e familiares, que enfrentam o processo de dor e sofrimento ocasionado por determinadas doenças, auxiliando no enfrentamento a essas que, ameaçam não só a vida do paciente/usuario frente à possibilidade de morte quanto a de todos que fazem parte de suas relações sociais e acompanham o paciente/usuário nesse processo.

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with lifethreatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. (WHO, 2002, p. 84 APUD Mendes, 2017, p. 29).

O movimento paliativista vem crescendo. Nos Estados Unidos, um grupo de voluntários foram os precursores deste movimento. Na Inglaterra, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), fundada no ano de 2005

com o intuito de auxiliar no crescimento dessa abordagem no Brasil, os cuidados paliativos são de acesso gratuito com incentivos do Estado e por meio de doações, sendo que a medicina paliativa também faz parte das especialidades de um médico. No entanto, não se tem uma referência global de como os cuidados paliativos devem ser realizados nem um molde de como administrar esse tipo de cuidados e deste modo os países buscam meios de adequar-se a essa abordagem e tentam seguir o que é recomendado pela OMS.

Segundo a ANCP os CP podem ser prestados, a pacientes de idades e doenças diversas, através de Unidades de internação em CP e Unidades de atendimento a pacientes externos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012 apud Rocha, 2018 p.32)

As Unidades de Internação em cuidados paliativos e de atendimento aos pacientes externos são um meio pelo qual os serviços voltados a essa abordagem sejam prestadas desde o diagnóstico e durante todo o tratamento. As unidades de internação são compostas por uma enfermaria, uma ala reservada dentro do hospital montada com toda a infraestrutura necessária, tanto estrutural quanto em recursos humanos habilitado, composto por uma equipe de profissionais capacitada que abrange Assistente Social, Capelão, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico e Psicólogo. Neste ambiente os profissionais devem estar bem qualificados a cuidar dos pacientes/usuários de forma fluida, principalmente ao que compete às restrições alimentares preexistentes, as visitas e as normas em geral do hospital.

Ainda segundo a ANCP, as unidades de internação devem dispor de uma equipe que esteja apta a qualificar outros profissionais, auxiliando por meio de uma “consultoria” a equipe multiprofissional, no cuidar que deve ser realizado com o paciente/usuário e também com sua família. Para além, também é recomendado que haja uma unidade especializada em cuidados paliativos, tendo por base o modelo dos hospices, visando um atendimento de média complexidade e um atendimento mais rápido a pacientes\usuários que estejam em necessidades mais específicas que necessitam de uma rápida resolução.

Diferencia-se do hospital geral pelo espaço destinado a atividades diversas e convivência, inclusive para familiares, flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais, além de programação distinta e de caráter holístico (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012 apud Rocha, 2018, p.32).

Quanto às Unidades de Atendimentos a Pacientes Externos, a ANCP discorre sobre os Ambulatórios em Cuidados Paliativos, as Unidades Dia de Cuidados Paliativos, os atendimentos domiciliares e as Hospedarias.

Os ambulatórios são voltados para um nível de atenção maior ao doente, visando proporcionar um melhor manejo de alguns sintomas da doença a qual se está acometido. As Unidades Dia têm funcionamento destinado a um complemento do tratamento terapêutico, que pode ocorrer em período de até 6 horas diárias, envolvendo atividades relacionadas à musicoterapia, fisioterapia, arteterapia, dentre outras que podem auxiliar no tratamento e no cuidar para além do físico, mas também do emocional. O atendimento domiciliar, diferentemente, é voltado não apenas para um complemento do tratamento apenas, mas vai além podendo este ser realizado na residência do paciente/ usuário que está em uma fase mais avançada da doença, que por sua vez continua progredindo. Com isso há a possibilidade da continuidade do tratamento dentro do contexto familiar, sendo atendidos por profissionais capacitados para essa finalidade. As hospedarias de cuidados paliativos têm como base o cuidar de pacientes que não podem receber o determinado tratamento em sua residência, por falta de um cuidado adequado, ou que tem sua morada muito distante do hospital em que realiza esse tratamento. Essas estalagens podem ser vistas, exemplificando, nas casas de apoio que acolhem esses paciente/usuários: fornecem comida, facilitam o transporte para os hospitais e cuidam deles.

No Brasil atual, assim como disposto anteriormente, o câncer é considerado uma das doenças que mais mata. Segundo dados de setembro de 2018 da OPAS/OMS o câncer é o segundo principal fator influenciador das mortes de todo o mundo, um contingente que abrange cerca de 9,6 milhões do quantitativo de mortes do referido ano no mundo. A patologia observada em nível mundial é responsável por uma a cada seis mortes e cerca de 70%

desses casos de morte são encontrados em países subdesenvolvidos como o Brasil.

Neste sentido, dado o coeficiente de pessoas que são acometidas pelo câncer no Brasil, um número que segundo o INCA aproxima-se de 600 mil novos casos no ano de 2018-2019, e do número de pacientes com neoplasias que se encontram dentro da possibilidade de morte, e mesmo os que ainda não se encontram dentro dessa classificação, mas que lutam para que haja a mudança no diagnóstico, atendidas nos setores de serviço de Hospitais de alta complexidade que tratam desta enfermidade precisam de cuidados paliativos.

No Brasil, segundo o Manual de Cuidados Paliativos de 2009, os cuidados paliativos são uma abordagem recente com início em meados dos anos 1980, encontrando uma ascensão no ano de 2000 por meio do fortalecimento de ações e novos serviços que auxiliaram e auxiliam para que os Cuidados Paliativos possam ser mais bem distribuídos. No ano de 2002, visando uma ampliação desses serviços, foi instituída dentro do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, buscando:

a - articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos;

b - estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada;

c - articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos;

d - desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos,

aspectos técnicos e éticos;

e - desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria. (Ministério da Saúde Gabinete do Ministro; 2009; p.4)

O uso dos cuidados paliativos enquanto prática terapêutica complementar no Brasil é incipiente, se comparado a outros países. No ano de 2014 a OMS lançou o Atlas global de Cuidados Paliativos baseado no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), com o intuito de mensurar o nível de desenvolvimento dessa abordagem por todo o globo. O Brasil, segundo a classificação disposta no Atlas, se encontra em uma posição de baixo fornecimento de cuidados paliativos, enquadrado no grupo 3A, indicando uma defasagem na distribuição desses cuidados por questões de financiamento, que é diminuto e dependente de donativos para que seja efetivado. Esse cenário evidenciado em 2014 ainda perdura em dias mais atuais, o que remonta a um SUS defasado e a falta de inserção e de apoio dentro da saúde pública a essa nova abordagem.

No ano de 2015 uma pesquisa realizada pela revista The Economist sobre a qualidade de morte de 80 países, colocou o Brasil na 42ª posição, uma colocação bem inferior até mesmo se comparado a países como a Costa Rica, Chile, África do Sul e outros. Para copilar esses dados, a revista avaliou o acesso a medicamentos opióides, a presença de políticas públicas da saúde, voltadas para os cuidados paliativos e o nível de obtenção desses cuidados nos serviços de saúde de cada país. A pesquisa evidenciou que os países que tem qualidade de morte melhores estão em um patamar mais alto, ocupando posições mais satisfatórias no ranking e, deste modo, esses dados revelam o quanto o uso de cuidados paliativos no Brasil é diminuto.

Em 2018 a ANCP levantou dados acerca dos serviços em cuidados paliativos que foram prestados no Brasil, por região (Mapeamento dos serviços de CP no Brasil - ANCP 2018.) o resultado do mapeamento evidenciou o quão

recente é a abordagem no país, visto que cerca de 50% desses cuidados tiveram início no ano de 2010.

Tabela 01 Mapeamento dos serviços de CP no Brasil - ANCP 2018.

Análise dos serviços cadastrados no mapa da ANCP		
até dia 16/8/18	N	%
Número total de serviços de CP cadastrados	17	100
	7	%
Centro-oeste	8	5%
Norte	5	3%
Nordeste	36	20%
Sudeste	10	58%
	3	
Sul	25	14%
Início das atividades dos serviços		
2016-2018	40	23%
2011-2015	49	28%
2006-2010	23	13%
2000-2005	12	7%
1999 ou antes	7	4%
não informado	46	26%
Funcionam em hospital	13	74%
	1	
Funcionam em hospice	8	5%
Atende pacientes do SUS	11	66%
	7	
Atende pediatria	38	21%

Fonte: ANCP; 2018

O mapeamento também serviu para que se pudesse identificar as desigualdades existentes em relação à viabilização dos serviços em cuidados paliativos, sendo que quase 60% destes estão concentrados na região sudeste. Os dados contidos na tabela demonstram que a maior disponibilidade desses cuidados no Brasil encontra-se em hospitais. O mapeamento também elucida que apesar dessa presença maior dos cuidados paliativos em hospitais, a realidade dentro do sistema único de saúde é bem preocupante. Ao contrário de países mais desenvolvidos onde os cuidados paliativos estão melhor estruturados, o Brasil não possui políticas públicas de saúde concretas em relação a eles. As políticas de saúde que fazem menção aos cuidados paliativos no Brasil são a Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a instituição da PNAO tendo como prerrogativa a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; a Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 que reorganizou os critérios relacionados ao monitoramento, planejamento, avaliação e controle das unidades de saúde de atenção oncologia e alta complexidade no âmbito do

SUS; e a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 que redefiniu as RAS das pessoas com doenças crônicas no SUS. No entanto, embora o termo “paliavo” seja mencionado diversas vezes nos três documentos e a oferta de cuidado paliavo seja considerado como obrigatória para que um centro seja credenciado como um CACON, não há, em nenhum dos três documentos, nenhuma especificação do quê seria necessário para seu funcionamento ou regulamentação. O que há é uma nota na Portaria de 2005 mencionando que “os Cuidados Paliativos deverão obedecer às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área”. Esta regulamentação, até agosto de 2018, ainda não existe.

Segundo uma pesquisa, recém-realizada, entre os anos de 2016-2017, pela ANCP algumas informações importantes podem ser pontuadas acerca dos serviços em cuidados paliativos realizados no Brasil. Os dados inferem que mais da metade dos atendimentos voltados a esse âmbito tiveram seu início há menos de 10 anos. (ANCP; 2018)

Quando se analisa o ensino de profissionais, (não obstante ao número de escolas de medicina no país que chega a cerca de 300) a porcentagem destas que vinculam algum tipo de ensino de cuidados paliativos é de apenas 5% entre 2016-2017.

A análise da oferta de educação em CP nas graduações da área da saúde no país mostra que não estamos capacitando profissionais de acordo com o que a demanda solicita. Dos 302(!) cursos de graduação em medicina do país, somente 42 (14%) oferecem uma disciplina de CP. Destas, somente 18 cursos (6%) são disciplinas obrigatórias. Foram levantadas também 19 Ligas acadêmicas de CP no país. CP não está contemplado na grade do MEC. A análise da disponibilidade de cursos de CP nas graduações de enfermagem, psicologia e fisioterapia estão em andamento. Existem também no país um número crescente de residências de medicina paliativa e residências de cuidados paliativos, esta última voltada para profissionais não médicos da área da saúde, além de cursos de pós-graduação e especialização em CP. No entanto, ainda não existe uma regulamentação específica sobre uma matriz de competências que oriente estes cursos ou residências. (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018,p.8)

Esses fatores indicam a escassez de profissionais capacitados a

ministrar os cuidados paliativos dentro de cada tipo e área de atendimento já que a pesquisa também evidencia que esses, até então eram ministrados por profissionais da área Médica, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais. Tal fato deixa clara a falta de profissionais capacitados e a necessidade de ampliar a formação desses profissionais dentro dessa área tão importante. Esses dados só evidenciam que o caminho a se percorrer para a efetivação máxima dos cuidados paliativos no Brasil ainda é longo.

No ano de 2018 uma resolução de nº 41, publicada em 23 de novembro, regulou as regras básicas de organização dos cuidados paliativos no Brasil, estabelecendo que no âmbito do SUS os cuidados continuados de forma integrada deveriam ser disponibilizados em todas as unidades de saúde. Não obstante tal aspecto, o fato é que na prática os serviços encontrados são mínimos, o que dificulta o avanço dos cuidados paliativos no país e o seu alcance.

Quando nos referimos aos cuidados paliativos, podemos observar uma heterogeneidade, pois o cuidado que ocorre dentro do hospital ou unidade de saúde de alta complexidade é indicado para cuidados mais prolongados a pacientes/ usuários terminais que necessitam de assistência à saúde contínua por parte de profissionais qualificados. Salientamos que esses pacientes/usuários recebem os cuidados de uma equipe multiprofissional e o apoio também de outros hospitais. Os cuidados se estendem também à família por parte de profissionais como Psicólogos, Assistentes Sociais dentre outros.

Além deste tipo de Cps, existem aqueles efetivados em domicílio. Por meio da internação domiciliar, tais Cps ocorrem quando os pacientes/usuários necessitam de cuidados e atendimento, mas não possuem condições de deslocamento para o hospital de tratamento face aos quadros das doenças em que se encontram. Nesse caso, os profissionais são encaminhados para o acompanhamento a depender das necessidades dos pacientes\usuários.

É na modalidade de assistência domiciliar que as ações intersetoriais são cruciais para uma boa prática em saúde, pois é vital a articulação e utilização dos recursos existentes na rede (Atenção Básica de Saúde; Centro de Referência de Assistência Social – CRAS; Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS; Unidade de Pronto Atendimento – UPA; entre outros). Frossard Andrea, 2015, p.7.

Já o atendimento ambulatorial é indicado para os pacientes que não têm as suas capacidades psicomotoras afetadas e que conseguem transitar livremente, podendo se locomover até a unidade de saúde para o atendimento. Nesse tipo de serviço os cuidados são efetivados através de consultas médicas que visam avaliar e acompanhar o quadro da doença.

Contudo, apesar das constantes iniciativas realizadas com a prerrogativa de inserção dessa abordagem no sistema de saúde, ainda não há dentro da rede assistencial de saúde uma política pública que abranja a incorporação dessa abordagem nos níveis de atenção a saúde.

O número de estabelecimentos de saúde que se encontram realmente preparados no Brasil para o atendimento de pacientes que necessitam de cuidados paliativos mostra-se inferior à estimativa. Além dessa problemática, há também a dificuldade com a falta de profissionais capacitados para ministrar treinamentos sobre os Cps e, por vezes a busca desenfreada pela cura acaba fazendo com que os profissionais secundarizem os CPs no decorrer do tratamento.

Por meio da portaria SAS/MS nº458 de 24 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre os estabelecimentos habilitados na alta complexidade, observam-se cerca de 311 unidades que passaram a ter funcionalidade como unicon e cancon, capacitadas para ministrar cuidados paliativos.

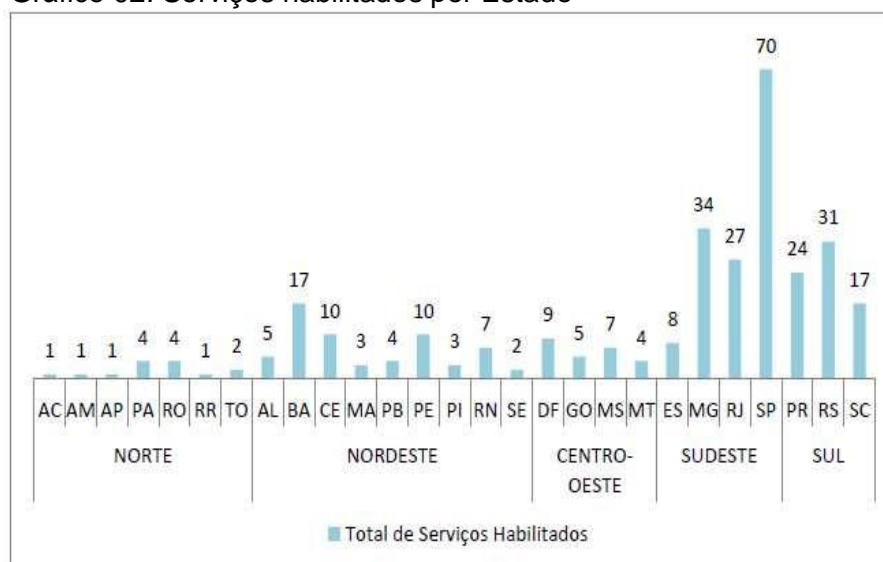
Gráfico 01: Serviços habilitados por região



Fonte: [file:///C:/Users/user/Desktop/dados%20sobre%20cp%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/dados%20sobre%20cp%20(1).pdf).
Acesso em : Fevereiro/2020

O gráfico acima mostra os serviços habilitados por região e nele é possível observar que a região sudeste é a que possui o maior número desses serviços, com um total de 139 unidades, seguido da região Sul com também um alto número de serviço.

Gráfico 02: Serviços habilitados por Estado



Fonte:file:///C:/Users/user/Desktop/dados%20sobre%20cp%20(1).pdf.
Acesso em: Fevereiro/2020.

Na região Sudeste, o estado de São Paulo é o que mais possui esse tipo de serviço; no Sul, o Rio Grande do Sul é o estado com maior unidades habilitadas; no Centro-Oeste, o Distrito Federal possui 9 unidades que disponibilizam o serviço de cuidados paliativos; na região Nordeste, o estado que possui mais unidades é o da Bahia, com 17 estabelecimentos de saúde aptas ao serviço; e no Norte, Pará e Roraima possuem 4 serviços habilitados. Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2017, foi constatado que a estimativa nacional seria a de 416 estabelecimentos habilitados em cuidados paliativos para que o serviço de alta complexidade em oncologia pudesse ser efetivado. Segundo o mapa disponibilizado pela ANPC pode-se mensurar o número de unidades por região no Brasil.

Figura 03: Mapa de localização de Cuidados Paliativos no Brasil



Fonte: ANCP; 2018

O mapa evidencia onde existem hospitais, seja de âmbito público, privado ou vinculado a convênios onde há cuidados paliativos no Brasil. A região Sudeste é a que mais possui hospitais, CANCON E UNACON, com um número um pouco maior que 170, divididos entre unidades públicas, privadas e vinculadas a convênios, seguido da região sul que possui cerca de 60 hospitais. A região Nordeste possui 53 estabelecimentos de saúde, sendo que 31 são de âmbito público, 15 privados e 7 de convênios. As regiões Centro-Oeste e Norte são as que possuem menor número, sendo 16 e 9, respectivamente, divididos entre o público, privado e os hospitais conveniados. O mapa deixa claro ainda os serviços recentes datados do ano de 2010. O levantamento traz o quanto os cuidados paliativos são escassos no SUS, além da disparidade na disponibilidades dos serviços, visto que o maior número

destes se encontra na região Sudeste.

Somando aos dados da ANCP, a International Association for Hospice and Palliative Care (2013), com a finalidade de apresentar uma visão global da situação dos CP na América Latina, ressaltou que, no Brasil, a maioria dos estabelecimentos que oferecem CP está sob responsabilidade do serviço público e de hospitais conveniados com o mesmo. (Rocha Morgado, 2018,p.30)

A partir dos dados acima, evidencia-se a diferença dos números de UNACON e CANCON existentes, que se encontram bem abaixo da estimativa realizada pelo IBGE no ano de 2017 e do necessário para o contingente populacional.

Corroborando com essa análise, o Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União (CGU) evidenciou preliminarmente - através de fiscalizações em desenvolvimento em todos os Estados sobre a execução de Políticas Públicas de tratamento contra o câncer, além de auditorias no MS (Plano Tático 2017) - a necessidade de ampliação do número de hospitais aptos a atender os pacientes com câncer (Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União, 2017 apud Rocha Morgado, 2018,p.41).

A ANCP por meio de orientações da OMS indica que há a necessidade de construção de bases mais sólidas para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. Deste modo, o essencial seria por meios legais fortalecer o que seria o tripé, base para esse crescimento ou seja:a) Política Nacional de Cuidado Paliativo incorporada ao sistema de saúde; b) política de disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais e c) programas de educação e capacitação de profissionais de saúde. (ANCP 2018)

A ANCP entende que uma Política Nacional que oriente e norteie o CP no Brasil é urgentemente necessária. Considerando a crise atual do sistema de saúde brasileiro, consideramos que o mínimo para constar em tal política seria especificar os níveis de cuidado paliativo a serem oferecidos, seguindo as recomendações das melhores sociedades do mundo. E a partir desta regulamentação, criar um Registro Nacional no Ministério da Saúde, onde os serviços especializados de CP possam se cadastrar e, partir disto, poderem emitir códigos específicos de

procedimento. (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018)

A necessidade do tratamento em cuidados paliativos só tende a crescer, visto o aumento do número de casos de cânceres e de doenças crônicas ameaçadoras da vida. No Brasil, segundo a Fundação do Câncer, estima-se que por ano, aproximadamente 650 mil pessoas necessitam de atendimento com o foco nessa abordagem e que cerca de 80% deste quantitativo corresponde a pacientes portadores de câncer. Sendo assim, reforçamos a importância de se ter uma visão diferenciada acerca dos cuidados paliativos, tendo em vista a carência de políticas públicas de saúde no Brasil voltadas a pacientes que encontram-se em fases mais profundas das doenças que ameaçam suas vidas.

Considerações Finais

Ao final deste processo de discussão acerca dos cuidados paliativos, com foco na área da oncologia, algumas assertivas se revelaram.

Iniciamos este estudo com o objetivo geral de refletir sobre a assistência pública de cuidados paliativos aos portadores de câncer em fase de terminalidade e tendo como objetivos específicos discutir historicamente como o Estado brasileiro se posicionou institucionalmente frente à demanda oncológica, identificando a rede pública de cuidados paliativos voltada para o portador de câncer no Brasil e em paralelo discutindo as modalidades de cuidados paliativos dispostos ao portador de câncer em fase de terminalidade.

Nossa questão norteadora girou em torno das alternativas de acesso à assistência à saúde, na rede SUS para o usuário com câncer em fase de terminalidade.

Assim, após o percurso metodológico assumido, chegamos a algumas considerações finais.

A primeira relaciona-se à necessidade premente de ampliar esse tipo de assistência na rede pública de saúde, considerando-se o crescimento vertiginoso das doenças crônicas no Brasil (em particular o câncer), bem como, o envelhecimento populacional, tendo em vista que ele vem acompanhado de comorbidades.

A segunda articula-se com a (ainda) escassa produção científica sobre a temática, o que revela por sua vez a necessidade de dar visibilidade aos problemas inerentes a tal tipo de assistência à saúde.

Com base nessas prerrogativas, identificamos que historicamente o Estado brasileiro negligenciou, em meio às políticas de saúde adotadas, a questão do câncer e suas interfaces. Observamos, que as respostas estatais ao longo de séculos, não acompanharam o crescimento rápido da doença (câncer). Foram respostas baseadas nomeadamente, na opção histórica que o Estado assumiu, de repasse para exploração do mercado, a alta complexidade em saúde (nível no qual o tratamento em oncologia se insere).

Nesse contexto, a rede pública de cuidados paliativos voltada para o portador de câncer no Brasil foi historicamente estruturada basicamente a partir dos serviços de saúde filantrópicos e na rede de serviços privada. A rede pública nesse contexto, se desenvolveu lentamente, sempre em descompasso com a crescente demanda.

Os cuidados paliativos como tema do campo da saúde emergem nesse contexto só recentemente no Brasil, sinalizando como resultado disso uma rede ainda em construção e um processo de formação profissional ainda tímido. Nesse cenário, as modalidades de cuidados paliativos dispostos ao portador de câncer em fase de terminalidade, embora diversificadas ainda se mostram inacessíveis para a maior parte da população usuária do SUS.

Em síntese, a principal constatação foi a de que existem muitos obstáculos de ordem cultural e estrutural dentro do Sistema Único de Saúde no sentido de criar uma rede de atendimento em cuidados paliativos voltada ao usuário com câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRALE. **Cuidados Paliativos No SUS.**

Disponível em: <https://www.abrale.org.br/abrale-noticias/380-cuidados-paliativos-no-sus>. Acesso em: 23 fev. 2020.

ÂMBITO JURÍDICO . **Tratamento Jurídico no Fornecimento de Medicamentos de Alto Custo a Pacientes Com Câncer.**

Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/tratamento-juridico- no-fornecimento-de-medicamentos-de-alto-custo-a-pacientes-com-cancer/>.

Acesso em: 22 fev. 2020.

ANCP- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **ANCP E CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL.**

Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 23 fev. 2020.

BIBLIOTECA PROFº PAULO DE CARVALHO MATTOS. **Tipos de Revisão In:**

<https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>

CAIRES, J. S. *et al.* A UTILIZAÇÃO DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES NOS CUIDADOS PALIATIVOS: BENEFÍCIOS E FINALIDADES*: subtítulo do artigo. **Cogitare Enferm**: subtítulo da revista, Bahia, v. 19, n. 3, p. 515-521, dez./2005.

Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/33861-140336-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CARVALHO, R. T. D; PARSONS, Henrique Afonseca; **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**: Ampliado e atualizado. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos., 2012. p. 1-592. CONASS. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA**, Brasília. p. 1-9, nov./2005.

CONASS. **PEC n. 241/16 e os impactos no SUS.** Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/pec-n-24116-e-os-impactos-sus/>. Acesso em: 22 fev. 2020.

GUTIÉRREZ, C. A. V. M.; E. N. D. F. M. G. R. D. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil: subtítulo do artigo. **Revista Enfermagem UERJ**: subtítulo da revista, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-7, fev./2015.

INCA. **Oncologia no SUS: os caminhos do financiamento.**

Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rede- cancer-ed09-politica.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2020.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Demora em diagnosticar câncer pelo SUS reduz chances de cura.**

Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/demora-em-diagnosticar-cancer-pelo-sus- reduz-chances-de-cura/12992/42/>. Acesso em: 17 fev. 2020.

INSTITUTO PALIAR . **Cuidados Paliativos.** Disponível em: <https://www.paliar.com.br/cuidados-paliativos>. Acesso em: 23 fev. 2020.

MANEQUI. **Conheça os tipos de cuidados paliativos e como se especializar nessa área.** Disponível em: <https://blog.maconequi.com.br/tipos- de-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 23 fev. 2020

MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, L. C. F. D. **Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106,p. 881-892, dez./2005. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Desktop/cuidados%20paliativos%20sus.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula: The Health Policy in Lula's government. **Saúde Soc**:

subtítulo da revista, São Paulo , v. 20, n. 2, p. 522-532, dez./2005. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acesso em: 17 dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE-SAS. **COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE.** Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/18/3.a-Portaria-SAS140-2014-Atualizacao-12-13-12-2018.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE -GABINETE DO MINISTRO. **PORTARIA Nº 19, DE 03 DE JANEIRO DE 2002.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html. Acesso em: 23 fev. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **Período Lula: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Fio Cruz: subtítulo da revista, Rio de Janeiro, Sn, p. 241-268, dez./2005.

PEREIRA-BRESSER LUIZ CARLOS. **PEQUENA HISTÓRIA DA REFORMA GERENCIAL DE 1995** . Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/papers/2009/09.23.Pequena_hist%C3%B3ria_reforma_gerencial_1955.pdf. Acesso em: 6 fev. 2020.

PORTAL DA LEGISLAÇÃO. **LEI 12.732/2012 (LEI ORDINÁRIA)** . Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 15 fev. 2020

PORTAL DA LEGISLAÇÃO. **LEI 13.896/2019 (LEI ORDINÁRIA)** . Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 15 fev. 2020.

ROCHA,JULLIANA MORGADO. **Serviços Públicos de Cuidados Paliativos no Brasil: a realidade das UNACON e CACON.** Disponível em: [file:///C:/Users/user/Desktop/dados%20sobre%20cp%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/dados%20sobre%20cp%20(1).pdf). Acesso em: 18 mar. 2020.

REVISTA ABRALÉ . **O tratamento do câncer no SUS.** Disponível em: [https:// www.abrale.org.br/revista-online/o-tratamento-do-cancer-no-sus/](https://www.abrale.org.br/revista-online/o-tratamento-do-cancer-no-sus/). Acesso em: 12 fev. 2020.

SAÚDE, Ministério Da; **Controle do Câncer de mama:** Documento de Consenso, 2004. p. 1-39.

SAÚDE, Ministério Da; **ONCOLOGIA: MANUAL DE BASES TÉCNICAS.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013. p. 30-67.

SECRETARIA-GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPUBLICA. **Diário Oficial da União.** Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/53494532/do12018-12-05-portaria-n-1-318-de-4-de-dezembro-de-2018-53494280. Acesso em: 10 dez. 2019.

SECRETARIA DA SAÚDE . **MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3064>. Acesso em: 17 fev. 2020.

SILVA, L. K. A; (ORIENTADOR), F. O. B. J. **OS PERCALÇOS DE UMA POLÍTICA: RELAÇÃO À BRASILEIRA ENTRE O ESTADO E A POLÍTICA DE COMBATE AO CÂNCER.** Serviço Social e Saúde, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1- 22, Jan-Jun/2013.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; FONSECA, Cristina Oliveira; **De doença desconhecida a problema de saúde pública: O INCA E O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL.** Edição. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. p. 1- 174.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. **O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 13-31, jun./2010.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marcos Antonio; NORONHA, Claudio Pompeiano; **O CÂNCER NO BRASIL: PASSADO E PRESENTE**. 1. ed. RIO DE JANEIRO: OUTRAS LETRAS, 2012. p. 1-182.

OLIVIA UGARTE. **Contexto Normativo dos Cuidados Paliativos no SUS**.
Disponível em: <file:///C:/Users/user/Desktop/000954355.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

UNIÃO, T. D. C. D; **RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL Política Nacional de Atenção Oncológica**, Brasília, 2011. p. 1-137.